



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH SERVICES UTILIZATION AMONG
MIGRANT WORKERS, MAE SAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

ธนกฤต สถาพรพวง

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

FACTORS ASSOCIATED WITH HEALTH SERVICES UTILIZATION AMONG
MIGRANT WORKERS, MAE SAI DISTRICT, CHIANG RAI PROVINCE

ธนกฤต สถาพรวงษา

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
Factors Associated with Health Services Utilization Among Migrant Workers,
Mae Sai District, Chiang Rai Province

ผู้ประพันธ์ ธนกฤต สถาพรวงษา

คณะกรรมการสอบ

อาจารย์ ดร.สันต์ สุวรรณมณี	ประธานกรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์รักษ์ กันทวิ	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา


.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์)


.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์รักษ์ กันทวิ)

คณบดี


.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภ สุธนนะ)

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ อำนวยความสะดวก และให้กำลังใจ ตลอดกระบวนการวิจัยอันมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของงานวิจัยนี้

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์รักษ์ กันทวิ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำอันทรงคุณค่า สนับสนุน และให้ข้อเสนอแนะ ที่ช่วยให้การศึกษานี้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณอย่างสูงต่อ อาจารย์ ดร.สันต์ สุวรรณมณี ประธานกรรมการ สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ที่ให้เกียรติดำเนินการสอบ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัย

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะ อันมีคุณค่า รวมถึงคณะอาจารย์ และบุคลากรของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ให้การสนับสนุนทางวิชาการ

ขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่งต่อ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่ให้การสนับสนุนทุนเพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การศึกษาค้นคว้าดำเนินไปได้อย่างราบรื่น

ข้าพเจ้าขอแสดงความขอบคุณเป็นพิเศษต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย และบุคลากรในสังกัด ตลอดจนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 11 แห่ง ที่ให้ข้อมูลและความร่วมมือ อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

ขอขอบคุณ กลุ่มแรงงานข้ามชาติ (กลุ่มตัวอย่าง) ที่เข้าร่วมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

นอกจากนี้ข้าพเจ้าขอขอบคุณครอบครัว เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนนักศึกษา ที่ให้การสนับสนุน ทั้งด้านกำลังใจ และคำแนะนำตลอดระยะเวลาการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าหวังเป็นอย่างยิ่งว่างานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบาย ด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ รวมถึงเป็นองค์ความรู้สำหรับผู้สนใจศึกษาในประเด็นนี้ต่อไป

ธนกฤต สถาพรวงษา

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
ผู้ประพันธ์	ธนกฤต สถาพรวงษา
หลักสูตร	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชายแดน)
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริรักษ์ กิจชนะไพบูลย์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ

บทคัดย่อ

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่ชายแดนที่ติดกับประเทศเมียนมา และเป็นศูนย์กลางการค้าชายแดน ส่งผลให้มีแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านเคลื่อนย้ายเข้ามาทำงานเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะในด้านสาธารณสุข แรงงานข้ามชาติเหล่านี้มักประสบกับข้อจำกัดด้านภาษา สังคม และวัฒนธรรม ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต และกลายเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณรูปแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยแรงงานข้ามชาติจำนวน 330 คน โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.91 อายุเฉลี่ย 43 ปี และร้อยละ 67.88 ยังไม่มีคู่ชีวิต มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 53.64) เป็นบุคคลไร้สัญชาติ ร้อยละ 70.91 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 92.42 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าร้อยละ 94.55 ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 75.80 ไม่ดื่มสุรา ในด้านแนวทางการดูแลสุขภาพ พบว่าร้อยละ 88.79 เลือกใช้การแพทย์แผนปัจจุบัน และร้อยละ 84.55 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 65.76 ของกลุ่มตัวอย่างเคยเข้ารับบริการสุขภาพ และร้อยละ 50.61 เข้ารับบริการสุขภาพในระดับมาก

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ การสูบบุหรี่ การมีโรคประจำตัว การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ประชาพันธ์ุ ระยะเวลาประกอบอาชีพ (≤ 15.5 ปี) รายได้ต่อเดือน ($> 5,000$ บาท) การไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล การเสียค่ารักษาพยาบาล การรับรู้เรื่องการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และการทราบแหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ

การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ได้แก่ การไม่มีคู่ชีวิต การมีสัญชาติ การสูบบุหรี่ รายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท และการรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ

จากผลการศึกษาี้เสนอแนะว่า ควรมีการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพผ่านสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย และควรมีการปรับปรุงนโยบายด้านสิทธิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้น เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่น และศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารรับรองเพื่อช่วยลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: แรงงานข้ามชาติ, การบริการด้านสุขภาพ, การเข้ารับบริการสุขภาพ



Thesis Title	Factors Associated with Health Services Utilization Among Migrant Workers, Mae Sai District, Chiang Rai Province
Author	Thanakit Sathapornwajana
Degree	Master of Public Health (Border Health Management)
Advisor	Assistant Professor Siwarak Kitchanapaiboon, Ph. D.
Co-advisor	Assistant Professor Phitsanuruk Kanthawee, Ph. D.

ABSTRACT

Mae Sai District, Chiang Rai Province, is a border area adjacent to Myanmar and serves as a hub for border trade. This has led to an increase in the movement of migrant workers from neighboring countries seeking employment, resulting in various impacts, particularly in the field of public health. Due to language, social, and cultural barriers, migrant workers often lack confidence in their daily lives, which can hinder their access to healthcare services.

This cross-sectional study aimed to examine the factors associated with health service utilization among migrant workers in Mae Sai District, Chiang Rai Province. A total of 330 migrant workers were included in the sample. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using both descriptive and inferential statistics.

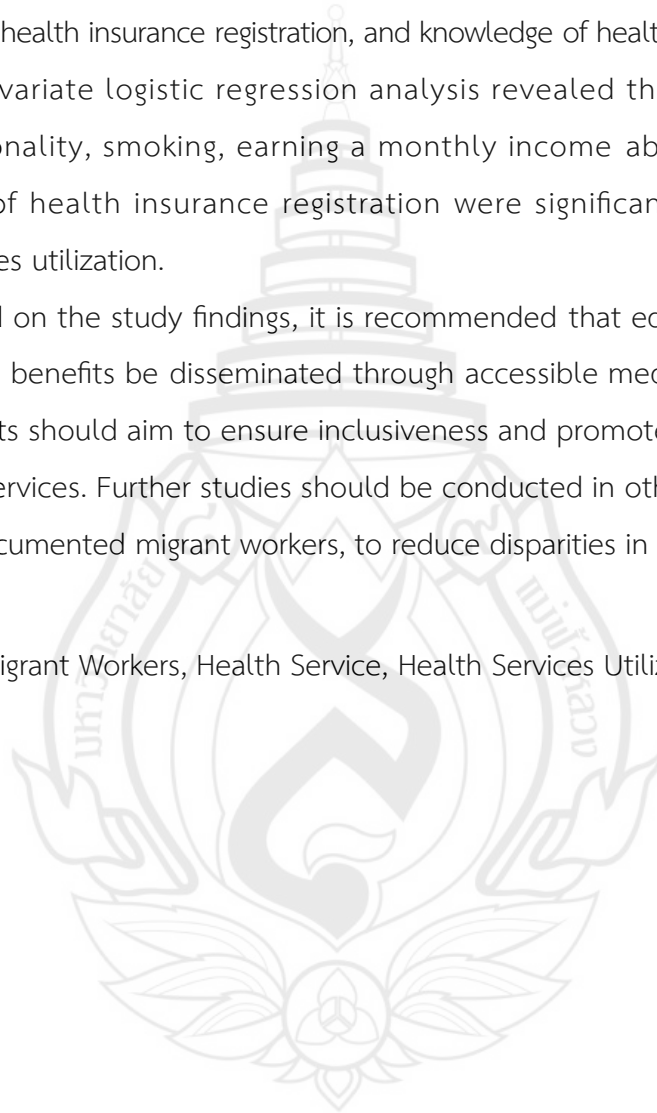
The results showed that 70.91% of the participants were female, with an average age of 43 years, and 67.88% were single. More than half of the samples (53.64%) were stateless individuals. Regarding health behaviors, 94.55% of participants did not smoke, and 75.80% did not consume alcohol. Additionally, 70.91% had no chronic diseases, and 92.42% reported no illness. In terms of healthcare management, 88.79% preferred modern medicine, and 84.55% had a caregiver when ill. Overall, 65.76% had accessed healthcare services, and 50.61% had a high level of health services utilization.

Univariate logistic regression analysis identified several statistically significant factors associated with health services utilization, including age, marital status, nationality, smoking status, presence of chronic diseases, availability of a caregiver when ill, ethnicity, duration of employment less than or equal to 15.5 years, monthly income above 5,000 THB, lack of health insurance, exemption from medical expenses, awareness of health insurance registration, and knowledge of health registration sources.

Multivariate logistic regression analysis revealed that being unmarried, having nationality, smoking, earning a monthly income above 5,000 THB, and awareness of health insurance registration were significantly associated with health services utilization.

Based on the study findings, it is recommended that educational campaigns about health benefits be disseminated through accessible media. Healthcare policy improvements should aim to ensure inclusiveness and promote equitable access to healthcare services. Further studies should be conducted in other areas, particularly among undocumented migrant workers, to reduce disparities in healthcare access.

Keywords: Migrant Workers, Health Service, Health Services Utilization



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย	1
1.2 คำถามงานวิจัย	5
1.3 วัตถุประสงค์	5
1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	5
1.5 ขอบเขตงานวิจัย	6
1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ	7
1.7 กรอบแนวคิดงานวิจัย	7
2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 บริบททั่วไปของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	9
2.2 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ	15
2.3 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพ	24
2.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550	27
2.5 การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	31
3 ระเบียบการวิจัย และวิธีดำเนินการ	46
3.1 รูปแบบการวิจัย	46
3.2 พื้นที่การวิจัย	47
3.3 ระยะเวลาในการวิจัย	47
3.4 ประชากรในการวิจัย	47
3.5 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	47
3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	51
3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล	53
3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล	55
3.10 จริยธรรมการวิจัย	56

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	57
4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	57
4.2 การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	64
4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	67
4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว	71
4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร	78
5 อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย	80
5.1 อภิปรายผลการวิจัย	80
5.2 สรุปผลการวิจัย	90
5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย	91
5.4 ข้อเสนอแนะ	92
รายการอ้างอิง	95
ภาคผนวก	106
ภาคผนวก ก เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์	106
ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัย	110
ประวัติผู้ประพันธ์	118

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 การปกครองส่วนภูมิภาคอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	12
2.2 องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเขตการปกครองอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	12
3.1 สัดส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	49
3.2 การแสดงค่าเฉลี่ย และระดับการเข้ารับบริการสุขภาพ	51
3.3 เกณฑ์การให้คะแนนเพื่อประกอบการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับ จุดมุ่งหมายของการวิจัย	51
3.4 เกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค	53
3.5 การแบ่งกลุ่มการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	55
4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	58
4.2 ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	60
4.3 สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง	63
4.4 การแปลผลการเข้ารับบริการสุขภาพ	64
4.5 ระดับของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละด้าน	65
4.6 การแบ่งการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละด้าน	66
4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	68
4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	69
4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	70
4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	71
4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว	73
4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร	78

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย”	8
2.1 แผนที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	10
3.1 ขั้นตอนวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	49
4.1 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว	77
4.2 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร	79



อักษรย่อและสัญลักษณ์

ดร. (Dr.)	ด็อกเตอร์ (Doctor)
พ.ศ.	พุทธศักราช
ค.ศ.	คริสต์ศักราช
ม.ป.ป. (n.d.)	ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์ (no date)
อสชช.	อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนชายแดน
ป.	ประถมศึกษา
ม.	มัธยมศึกษา
รพ.	โรงพยาบาล
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
Ph.D.	Philosophiae Doctor
et al.	et alii
p. (pp.)	page (pages)
Vol. (Vols.)	Volume (Volumes)
*	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$
a	การทดสอบไคสแควร์
b	การทดสอบของฟิชเชอร์
p	p-value
OR	Odd Ratio
OR _{Adj}	Adjust Odd Ratio
95%CI	95% Confidence Interval
χ^2	ค่าความสัมพันธ์จากการทดสอบไคสแควร์
S.D.	Standard Deviation

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

ประเทศไทยมีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจจากภาคเกษตรกรรมสู่ภาคอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังมีมาตรการส่งเสริมการลงทุนในหลายอุตสาหกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ (กระทรวงอุตสาหกรรม, 2559) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางเศรษฐกิจนั้นส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลในตลาดแรงงานส่งผลให้ปริมาณงานมีมากกว่าจำนวนแรงงานที่มีอยู่ในประเทศ เนื่องจากประชากรไม่สามารถปรับตัวได้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะภาคอุตสาหกรรมและภาคบริการที่มีความต้องการแรงงานจำนวนมาก ส่งผลให้แรงงานที่มีในประเทศไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ประกอบการและตลาดแรงงาน ประกอบกับปัญหาค่าจ้าง ค่าครองชีพที่สูงขึ้นตามความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจผู้ประกอบการจึงมีความจำเป็นต้องหาแรงงานอื่นเข้ามาทดแทน (พงษ์ศักดิ์ ผกามาศ และคณะ, 2562) โดยเริ่มจากการหาแรงงานจากภายในประเทศ แต่พบว่าไม่ตอบสนองตามที่ต้องการ เนื่องจากแรงงานไทยยังคงเลือกงาน และไม่ประสงค์ทำงานหนักประเภท 3D ได้แก่ งานสกปรก (Dirty Job) งานอันตราย (Dangerous Job) และงานยาก (Difficult Job) จึงจำเป็นต้องนำเข้าแรงงานต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติเข้ามาทดแทน (พันธ์รับ ราชพงศา, 2557)

แรงงานข้ามชาติจึงมีบทบาทสำคัญในระบบเศรษฐกิจไทย โดยเฉพาะในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรมและบริการ โดยมีสถิติจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว (2566) พบว่า มีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักรจำนวนทั้งสิ้น 2,744,631 ราย สำหรับภาคเหนือ จังหวัดเชียงรายเป็นหนึ่งในจังหวัดที่มีจำนวนแรงงานข้ามชาติมากที่สุดเป็นอันดับที่ 3 รองจาก จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตาก โดยมีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานจำนวนทั้งสิ้น 31,777 ราย

โดยเฉพาะอย่างยิ่งอำเภอแม่สาย เป็นอีกอำเภอหนึ่งของจังหวัดเชียงรายที่มีการวางบทบาทการพัฒนาเป็นเมืองศูนย์การค้าและการเงิน โดยมุ่งพัฒนาอำเภอแม่สายให้เป็นเมืองชายแดนที่รองรับกิจกรรมด้านการค้า และการบริการทางการเงิน เนื่องจากเป็นอำเภอชายแดนที่มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเมียนมา และเป็นจุดเริ่มต้นของระบบการคมนาคมขนส่งอันสามารถเชื่อมสู่ภูมิภาคต่าง ๆ ของประเทศไทย จึงมีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งอยู่อย่างหนาแน่นส่งผลให้เกิดการจ้างงาน และมีการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติเพื่อค้าแรงงานเป็นจำนวนมาก (ที่ว่าการอำเภอแม่สาย, 2566) โดยสำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงราย (2566) พบว่า มีแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานในอำเภอแม่สายทั้งสิ้น 9,893 ราย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

การเคลื่อนย้ายเป็นจำนวนมากของแรงงานข้ามชาติส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อนพื้นที่ชายแดนในด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการสาธารณสุข (นิจารีศม์ ปัญญาโพธิวัฒน์ และคณะ, 2564) โดยเฉพาะด้านสาธารณสุขที่มีประเด็นการถูกตีตรารวมอยู่ด้วย เช่น การถูกมองว่าเป็นกลุ่มด้อยค่าทางสังคม จึงนำไปสู่การถูกเอารัดเอาเปรียบทำให้คนกลุ่มนี้กลายเป็นกลุ่มเปราะบาง ส่งผลให้ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต เมื่อถึงเวลาเจ็บป่วยจึงไม่กล้าเข้าไปรับการรักษาในสถานพยาบาล เนื่องจากข้อจำกัดด้านภาษา วัฒนธรรม รายได้ รวมถึงการไม่เข้าใจระบบสิทธิการรักษาพยาบาล (นิจารีศม์ ปัญญาโพธิวัฒน์ และคณะ, 2564) แม้แรงงานข้ามชาติจะเป็นกลุ่มที่มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ หากแต่คนกลุ่มนี้ ยังต้องเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของไทย โดยปัญหาหลักได้แก่ ข้อจำกัดด้านสถานะทางกฎหมายสิทธิแรงงาน ข้อจำกัดด้านภาษา และการสื่อสาร ซึ่งส่งผลกระทบต่อการรับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ (พิชญ์รักษ์ กันทวี, 2563) และเป็นแรงงานกลุ่มสำคัญที่ถูกกละเลย ทั้งยังไม่สามารถเข้าถึงการคุ้มครองด้านสิทธิประโยชน์สวัสดิการด้านต่าง ๆ ของประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขเนื่องจากโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมเฉพาะการให้บริการสุขภาพของบุคคลที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น (พิชญ์รักษ์ กันทวี, 2563) นอกจากนี้การไม่มีหลักประกันสุขภาพส่งผลให้แรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และใช้วิธีการรักษาตนเอง เช่น การซื้อยากินเองจากร้านขายยา หรือรอจนกระทั่งอาการป่วยรุนแรงก่อนเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐ (ศราวุฒิ เหล่าสาย, 2555) ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น วัณโรค มาลาเรีย และโรคติดต่อเชื้อเอชไอวี (ทรงชัย ทองปาน, 2563) ซึ่งประเทศไทยสามารถควบคุมโรคเหล่านี้ได้ในอดีต และการที่แรงงานเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ จึงให้แรงงานข้ามชาติมีสถานะทางสุขภาพที่ย่ำแย่ (วิลาสิณี คีตวัฒนานนท์ และคณะ, 2562)

จากการศึกษา และทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้นมีความหลากหลาย และสามารถจำแนกออกเป็นหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ (สภาการสาธารณสุขชุมชน, 2564)

ด้านของปัจจัยส่วนบุคคล งานวิจัยจำนวนมาก พบว่า เพศมีบทบาทสำคัญต่อการรับบริการสุขภาพ โดยการศึกษาของ Aung et al. (2009) พบว่า เพศชายมีแนวโน้มรับบริการสุขภาพมากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง พบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยการเข้ารับบริการสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ส่วนในประเด็นของ อายุ ศศิวิมล ดีคำ และณัฐณิย์ มีมนต์ (2561) พบว่า แรงงานข้ามชาติหญิงชาวพม่า ที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ตรงกันข้ามกับการศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติที่อายุน้อยกลับมีค่าเฉลี่ยของการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า สำหรับสถานภาพสมรส Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ระบุว่า แรงงานข้ามชาติที่แต่งงานแล้วมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่โสดถึง 2.66 เท่า อย่างไรก็ตาม Böhme et al. (2015) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีคู่ชีวิตมีอิสระในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า เนื่องจากไม่มีภาระด้านการเงิน และเวลาให้กับครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลให้เข้ารับบริการสุขภาพบ่อยขึ้น ในด้านของสัญชาติ Vargas Bustamante et al. (2012) ระบุว่าสถานะทางกฎหมายเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ และสวัสดิการของรัฐ โรคประจำตัว Wagstaff et al. (2018) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มเลื่อนการรับบริการสุขภาพเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายสูง และประวัติการเจ็บป่วย โดย Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) พบว่า มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนี้การมีหรือไม่มีผู้ดูแลขณะเจ็บป่วยก็มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ Meyer et al. (2017) ระบุว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีผู้ดูแลมักตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพโดยตรงมากกว่าผู้ที่ได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น

ในส่วนของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ วิลาสิณี คีตพัฒนานนท์ และคณะ (2562) พบว่า แรงงานที่มีบ้านหรือห้องพักเป็นของตนเองมีแนวโน้มเลือกใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐบาล สถานีนอนมัยหรือโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคมก็มีบทบาทสำคัญต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ เชื้อชาติ Vargas Bustamante et al. (2012) รายงานว่าแรงงานข้ามชาติที่ไร้รัฐไร้สัญชาติมักมีแรงจูงใจในการเข้าถึงบริการสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากพวกเขาไม่มีสิทธิในการเข้าถึงสวัสดิการอื่นๆ ของรัฐ ระดับการศึกษา กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยแรงงานที่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ในแง่ของอาชีพ Aung et al. (2009) ศึกษาแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดระยอง พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานภาคเกษตรกรรม มีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ระยะเวลาประกอบอาชีพ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) พบว่าแรงงานที่อยู่ในประเทศไทยระยะเวลา 1-5 ปี มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่อยู่ในประเทศไทยมากกว่า 6 ปี สำหรับรายได้ต่อเดือน อัจฉวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) พบว่าแรงงานที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

สุดท้าย ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล Aung et al. (2009) พบว่าการมีประกันสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า บุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มใช้บริการสถานบริการสุขภาพมากกว่า นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง Vargas Bustamante et al. (2012) พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ หรือมีรายได้เพียงพอ มักใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มีหลักประกันทางสุขภาพ การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยผู้ที่ทราบสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ทราบ และแหล่งข้อมูลสุขภาพ ดุษฎี आयुวัฒน์ และคณะ (2556) พบว่าแรงงานข้ามชาติมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อดูแลตนเองผ่านหอกระจายข่าว โทรศัพท์ สถานีอนามัย และโรงพยาบาล

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จึงมีความสำคัญเนื่องจากเป็นพื้นที่ชายแดนที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยและประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก การศึกษาปัจจัยเหล่านี้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่ช่วยให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนาแนวทางหรือมาตรการที่เหมาะสมในการส่งเสริมการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะนำไปสู่การปรับปรุงระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการของแรงงานข้ามชาติที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 คำถามงานวิจัย

ปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

1.3 วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1.4.1 เพศ หมายถึง เพศโดยกำเนิดตามเพศสภาพ (เพศชาย และเพศหญิง)

1.4.2 อายุ หมายถึง กลุ่มประชากรที่มีช่วงอายุวัยทำงานระหว่าง 20-60 ปี

1.4.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะความสัมพันธ์ส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ณ ขณะเวลาที่ศึกษาซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.4.3.1 กลุ่มมีคู่ชีวิต ได้แก่ ผู้ที่มีความสัมพันธ์ในลักษณะคู่ชีวิต เช่น สมรส แยกกันอยู่

1.4.3.2 กลุ่มไม่มีคู่ชีวิต ได้แก่ ผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ในลักษณะคู่ชีวิต เช่น โสด หย่าร้าง และม่าย

1.4.4 สัญชาติ โดยจำแนกตามสถานะทางกฎหมายของการถือสัญชาติออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1.4.4.1 มีสัญชาติ หมายถึง แรงงานที่มีสัญชาติของประเทศต้นทางอย่างชัดเจน และได้รับการรับรองจากรัฐต้นทาง เช่น สัญชาติเมียนมา ลาว หรือกัมพูชา และขึ้นทะเบียนประเภทตลอดชีพ ประเภทชั่วคราว ประเภทส่งเสริมการลงทุน และประเภทที่เข้ามาทำงานภายใต้บันทึกความเข้าใจว่าด้วยการจ้างงานแห่งรัฐ

1.4.4.2 ไร้สัญชาติ หมายถึง แรงงานที่ยังไม่มีการรับรองสัญชาติจากประเทศต้นทาง หรืออยู่ในสถานะไร้สัญชาติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการอพยพ การเกิดในพื้นที่ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนหรือไม่ได้รับการยอมรับจากรัฐใดรัฐหนึ่งอย่างเป็นทางการ โดยถือบัตรประจำตัวที่ขึ้นต้นด้วยเลข 0 6 7 และ 8

1.4.5 เชื้อชาติ โดยจำแนก 2 กลุ่มได้แก่

1.4.5.1 กลุ่มชนชาติพันธุ์ กลุ่มคนที่มีวัฒนธรรม ภาษา ประเพณี ความเชื่อ และภูมิหลังทางประวัติศาสตร์ร่วมกันอย่างชัดเจน เช่น ชาวกะเหรี่ยง ชาวม้ง ชาวอาข่า ชาวไทใหญ่ ฯลฯ

1.4.5.2 กลุ่มไร้เชื้อชาติ แรงงานที่ยังไม่มีการรับรองสัญชาติจากประเทศต้นทาง หรืออยู่ในสถานะไร้เชื้อชาติ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการอพยพ การเกิดในพื้นที่ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนหรือไม่ได้รับการยอมรับจากรัฐใดรัฐหนึ่งอย่างเป็นทางการ โดยถือบัตรประจำตัวที่ขึ้นต้นด้วยเลข 0 6 7 และ 8

1.4.6 แรงงานข้ามชาติ (Migrant Workers) หมายถึง บุคคลที่ย้ายถิ่นฐานจากประเทศต้นทางไปยังประเทศปลายทางโดยมีจุดประสงค์เพื่อการถูกจ้างงานที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีผู้ประกอบการเป็นนายจ้าง

1.4.7 การบริการด้านสุขภาพ (Health Service) หมายถึง การให้บริการด้านการป้องกันดูแลรักษาสุขภาพของหน่วยงานด้านการแพทย์ และสาธารณสุขแก่แรงงานข้ามชาติ

1.4.8 การเข้ารับบริการสุขภาพ (Health Services Utilization) หมายถึง กระบวนการที่แรงงานข้ามชาติในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ได้รับการบริการด้านสุขภาพจากหน่วยบริการต่าง ๆ โดยมีการแบ่งระดับของการเข้ารับบริการสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง และน้อย และมีการแบ่งการเข้ารับบริการสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.4.8.1 กลุ่มเข้ารับบริการ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพในระดับมาก และปานกลาง

1.4.8.2 กลุ่มไม่เข้ารับบริการ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างที่มีการประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพในระดับน้อย

1.5 ขอบเขตงานวิจัย

1.5.1 ขอบเขตพื้นที่

ศึกษาในพื้นที่ซึ่งครอบคลุม 87 หมู่บ้านใน 8 ตำบลของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

1.5.2 ขอบเขตกลุ่มประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

แรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพทุกประเภทอย่างถูกต้องตามกฎหมายจำนวนทั้งสิ้น 9,893 ราย (สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงราย, 2566) และมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 330 ราย

1.5.3 ขอบเขตระยะเวลา

ศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ระยะเวลาศึกษาวิจัยรวมทั้งสิ้น 6 เดือน

1.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

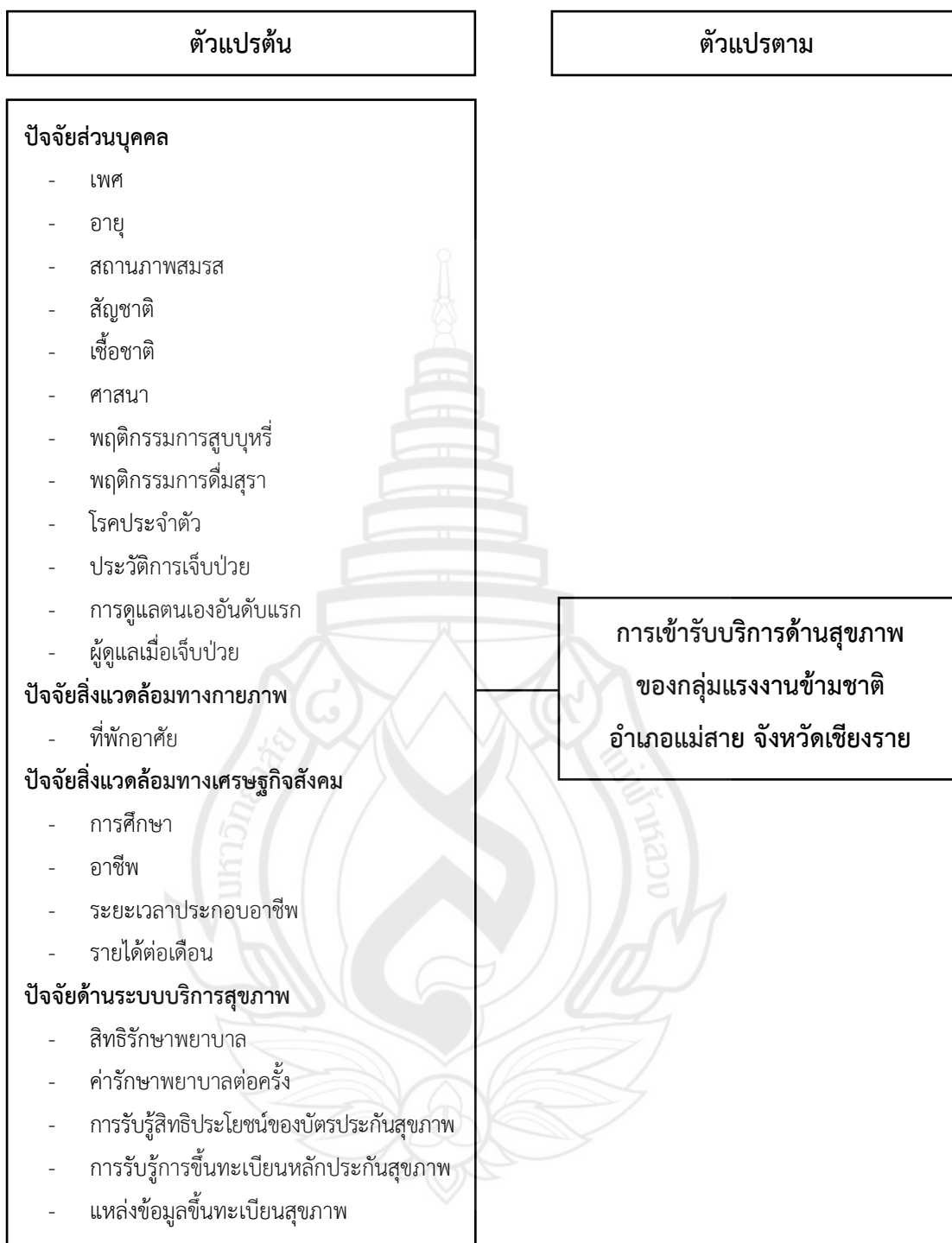
ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

1.7 กรอบแนวคิดงานวิจัย

กรอบแนวคิดงานวิจัยในครั้งนี้ผู้ศึกษาวิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาและออกแบบการวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยที่มาของกรอบแนวคิดดังกล่าวได้กำหนดมาจากขอบเขตของเนื้อหาที่ใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ทฤษฎีและแนวคิดของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการแสวงหาการดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ล้วนมีความเชื่อมโยงกัน โดยเฉพาะแนวคิดการเข้ารับบริการสุขภาพซึ่งเป็นแนวคิดหลักของการวิจัยครั้งนี้

ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ โดยอ้างอิงจากปัจจัยกำหนดสุขภาพ (สภากาชาดไทย, 2564) ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วย การดูแลตนเองอันดับแรก และผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ ที่พักอาศัย
3. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม ได้แก่ การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาประกอบอาชีพ และรายได้ต่อเดือน
4. ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ สิทธิรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และแหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย”

บทที่ 2

แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการค้นคว้า และรวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ที่จะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจถึงที่มาของแนวคิด ทฤษฎี เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิด และแนวทางในการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 2.1 บริบททั่วไปของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย
- 2.2 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ
- 2.3 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพ
- 2.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
- 2.5 การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 บริบททั่วไปของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

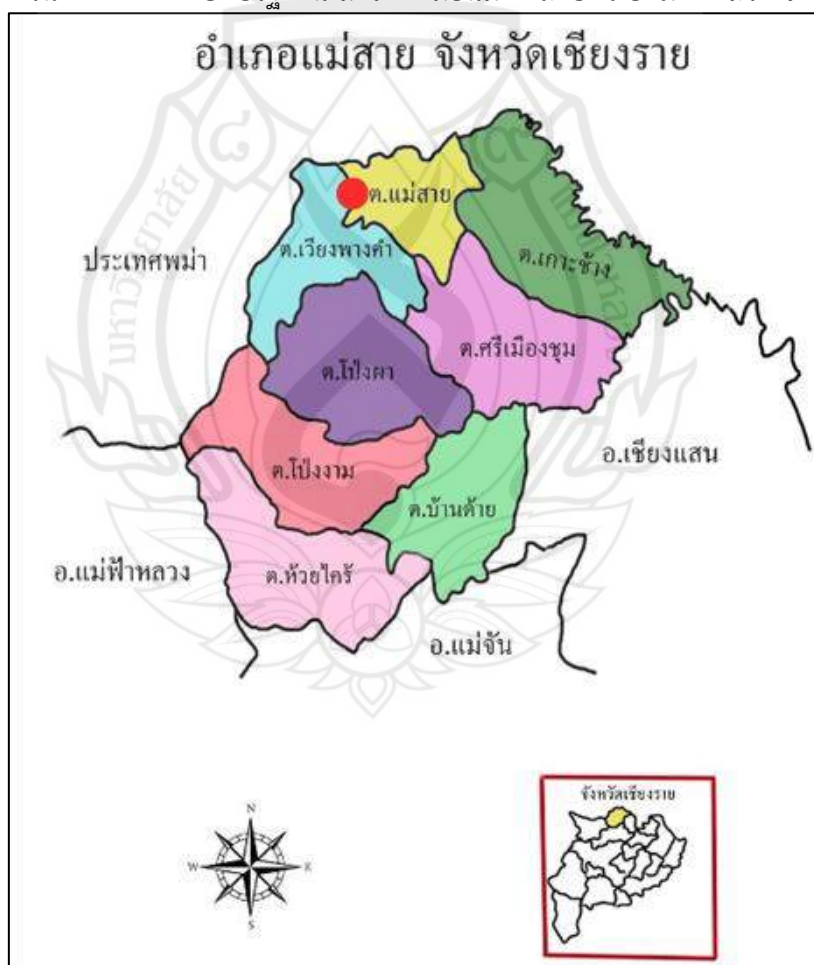
2.1.1 ประวัติอำเภอแม่สาย

“อำเภอแม่สาย” เป็นอำเภอชายแดนตั้งอยู่เหนือสุดของจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย ชื่อนี้ได้มาจากชื่อแม่น้ำสายเล็ก ๆ ซึ่งมีต้นน้ำอยู่ในเขตประเทศเมียนมาแล้วไหลลงมาเป็นเส้นกั้นพรมแดนระหว่างประเทศ (ที่ว่าการอำเภอแม่สาย, 2566) มีอาณาเขตติดต่อกับประเทศเมียนมา และมีเส้นทางที่เชื่อมโยงสู่ประเทศจีนตอนใต้โดยถนนสาย R3B จึงเป็นอำเภอที่มีความสำคัญทั้งด้านเศรษฐกิจ การค้า การลงทุน การท่องเที่ยว และความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ (ปิยะพร ศรีสมุทร, 2558) โดยแรกเริ่มก่อนก่อตั้งอำเภอแม่สายมีฐานะเป็นตำบลแม่สาย อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นชุมชนที่มีความหนาแน่น และเป็นทำเลค้าขาย แต่ตั้งอยู่ห่างไกลจากที่ว่าการอำเภอเชียงแสน จึงเกิดความไม่สะดวกแก่การปกครอง ทั้งไม่สามารถอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนกระทรวงมหาดไทย จึงได้จัดตั้งเป็น “กิ่งอำเภอแม่สาย” ซึ่งอยู่ในการปกครองของอำเภอเชียงแสน มีเขตปกครองทั้งสิ้น 2 ตำบล ได้แก่ ตำบลแม่สาย และตำบลโป่งผา (กระทรวงมหาดไทย, 2481) ซึ่งต่อมาได้มีการเปลี่ยนแปลงเขตการปกครองมาเป็นกิ่งอำเภอของอำเภอแม่จัน และเป็นท้องที่ที่อยู่ชายเขตของประเทศ แต่ตั้งอยู่ห่างไกลจากที่ว่าการอำเภอแม่จันประกอบกับมีสภาพชุมชนและพลเมืองหนาแน่นจึงได้ยกฐานะเป็น “อำเภอแม่สาย” และอยู่ภายใต้ การปกครองของจังหวัดเชียงราย (สำนักนายกรัฐมนตรี, 2493)

2.1.2 ภูมิศาสตร์ อำเภอแม่สาย

ลักษณะภูมิศาสตร์ของอำเภอแม่สายตั้งอยู่ทิศเหนือสุดของจังหวัดเชียงรายเป็นอำเภอชายแดนที่ติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา อยู่ห่างจากอำเภอเมืองเชียงรายประมาณ 63 กิโลเมตร มีขนาดพื้นที่ประมาณ 285 ตารางกิโลเมตรหรือ 178,125 ไร่ ทิศตะวันตกเป็นภูเขาเรียกว่าเทือกเขาแดนลาว หรือดอยนางนอนซึ่งเป็นป่าสงวนแห่งชาติมีพื้นที่ประมาณ 38,475 ไร่หรือร้อยละ 21.60 ของพื้นที่อำเภอ พื้นที่ราบมีพื้นที่ประมาณ 139,650 ไร่หรือร้อยละ 78.40 แบ่งเป็นพื้นที่ทำการเกษตร 121,781 ไร่หรือร้อยละ 68.37 เป็นที่อยู่อาศัย และอื่น ๆ ประมาณ 17,869 ไร่ หรือประมาณร้อยละ 10.13 (ที่ว่าการอำเภอแม่สาย, 2566) โดยมีอาณาเขต ดังนี้

ทิศเหนือ	ติดต่อกับสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา
ทิศใต้	ติดต่อกับอำเภอแม่จัน และอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย
ทิศตะวันออก	ติดต่อกับรัฐฉาน สหภาพเมียนมา และอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย
ทิศตะวันตก	ติดต่อกับรัฐฉาน สหภาพเมียนมา และอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย



ที่มา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย (2566)

ภาพที่ 2.1 แผนที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2.1.3 ภูมิประเทศ อำเภอแม่สาย

ภูมิประเทศ เป็นลักษณะที่ราบเชิงเขาที่มีความลาดชันเล็กน้อยจากตะวันตกไปตะวันออก โดยทิศตะวันตกมีทิวเขาถนนธงชัยทอดจากสาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมาลงมาทางใต้ ทิศตะวันออกของอำเภอเป็นพื้นที่ราบลุ่มเหมาะกับการเกษตร มีแหล่งน้ำที่สำคัญ คือ แม่น้ำสาย แม่น้ำรวก อ่างเก็บน้ำห้วยไคร้ อ่างเก็บน้ำถ้ำเสาหินพญานาค ขุนน้ำนางนอน ทิศเหนือกั้นชายแดนกับประเทศเมียนมาเป็นส่วนหนึ่งของที่ราบสูงเชียงราย ซึ่งอยู่ในระดับความสูงเฉลี่ย 378 เมตร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย, 2566)

2.1.4 ภูมิอากาศ และฤดูกาล อำเภอแม่สาย

2.1.4.1 ภูมิอากาศ

ภูมิอากาศของอำเภอแม่สาย ขึ้นอยู่กับอิทธิพลของลมมรสุมที่พัดประจำฤดูกาล 2 ชนิด คือ มรสุมตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งพัดพามวลอากาศเย็น และแห้งจากประเทศจีนปกคลุมประเทศไทยในช่วงฤดูหนาวส่งผลให้อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายมีอากาศที่แห้ง และหนาวเย็นทั่วไป และลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้ ซึ่งจะพัดพามวลอากาศชื้นจากทะเล และมหาสมุทรอินเดียปกคลุมประเทศไทยในช่วงฤดูฝน ส่งผลให้จังหวัดเชียงรายมีฝนตกทั่วไป

2.1.4.2 ฤดูกาล

พิจารณาตามลักษณะสภาพลมฟ้าอากาศของประเทศไทย แบ่งออกเป็น 3 ฤดู ดังนี้ ฤดูร้อน เริ่มประมาณกลางเดือนกุมภาพันธ์ ถึงกลางเดือนพฤษภาคม มีอากาศร้อนอบอ้าวทั่วไป โดยเฉพาะเดือนเมษายนเป็นเดือนที่มีอากาศร้อนอบอ้าวมากที่สุดในรอบปี ฤดูฝน เริ่มประมาณกลางเดือนพฤษภาคม ถึงกลางเดือนตุลาคม ซึ่งเป็นระยะที่มรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดปกคลุมประเทศไทย อากาศจะเริ่มชุ่มชื้น และมีฝนตกชุกตั้งแต่ประมาณกลางเดือนพฤษภาคมเป็นต้นไป โดยเฉพาะเดือนที่มีฝนตกมากที่สุดคือเดือนสิงหาคม และฤดูหนาวเริ่มประมาณกลางเดือนตุลาคมถึงกลางเดือนกุมภาพันธ์ซึ่งเป็นช่วงที่มรสุมตะวันออกเฉียงเหนือพัดปกคลุมประเทศไทย อากาศโดยทั่วไปจะหนาวเย็น และแห้งโดยที่เดือนที่มีสภาพอากาศหนาวที่สุด คือ เดือนมกราคม

2.1.5 การปกครอง อำเภอแม่สาย

ด้านการเมืองการปกครองของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีการแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ การปกครองส่วนภูมิภาคเป็นการบริหารราชการแผ่นดินตามหลักการแบ่งอำนาจราชการบริหารส่วนกลาง เพื่อให้สามารถจัดการปกครองได้ทั่วถึง และมีประสิทธิภาพ และการปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยการยึดหลักการกระจายอำนาจปกครอง และเพื่อให้สอดคล้องกับหลักการประชาธิปไตย โดยประชาชนมีส่วนร่วมในการปกครองตนเอง ดังนี้

2.1.5.1 การปกครองส่วนภูมิภาค

การปกครองส่วนภูมิภาคของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายมีการแบ่งเขตการปกครองส่วนภูมิภาคออกเป็น 8 ตำบล 87 หมู่บ้าน โดยสามารถจำแนกได้ดังตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1 การปกครองส่วนภูมิภาคอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ตำบล	จำนวนหมู่บ้านในเขตปกครอง
ตำบลเกาะช้าง	13 หมู่บ้าน
ตำบลแม่สาย	12 หมู่บ้าน
ตำบลโป่งผา	12 หมู่บ้าน
ตำบลโป่งงาม	12 หมู่บ้าน
ตำบลห้วยไคร้	11 หมู่บ้าน
ตำบลเวียงพางคำ	10 หมู่บ้าน
ตำบลศรีเมืองชุม	9 หมู่บ้าน
ตำบลบ้านด้าย	8 หมู่บ้าน

2.1.5.2 การปกครองส่วนท้องถิ่น

การปกครองส่วนท้องถิ่นของอำเภอแม่สายประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 ระดับ ได้แก่ เทศบาลตำบลทั้งสิ้น 4 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบลทั้งสิ้น 6 แห่ง โดยสามารถจำแนกตำบลและเขตการปกครองได้ ดังตารางที่ 2.2

ตารางที่ 2.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเขตการปกครองอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	เขตการปกครอง
เทศบาลตำบลแม่สาย	ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลแม่สาย และตำบลเวียงพางคำ
เทศบาลตำบลแม่สายมิตรภาพ	ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลแม่สาย (เฉพาะนอกเขตปกครองของเทศบาลตำบลแม่สาย)
เทศบาลตำบลเวียงพางคำ	ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลเวียงพางคำ (เฉพาะนอกเขตปกครองของเทศบาลตำบลแม่สาย)
เทศบาลตำบลห้วยไคร้	ครอบคลุมพื้นที่บางส่วนของตำบลห้วยไคร้
องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไคร้	ครอบคลุมพื้นที่ตำบลห้วยไคร้ (เฉพาะนอกเขตเทศบาลตำบลห้วยไคร้)
องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะช้าง	ครอบคลุมพื้นที่ตำบลเกาะช้างทั้งตำบล
องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา	ครอบคลุมพื้นที่ตำบลโป่งผาทั้งตำบล

ตารางที่ 2.3 (ต่อ)

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	เขตการปกครอง
องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด้าย	ครอบคลุมพื้นที่บ้านด้ายทั้งตำบล
องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม	ครอบคลุมพื้นที่ตำบลโป่งงามทั้งตำบล
องค์การบริหารส่วนตำบลศรีเมืองชุม	ครอบคลุมพื้นที่ตำบลศรีเมืองชุมทั้งตำบล

2.1.6 การคมนาคม อำเภอแม่สาย

การคมนาคมจากอำเภอเมืองเชียงรายไปยังอำเภอแม่สาย โดยทางหลวงหมายเลข 1 (พหลโยธิน ตอนเชียงราย-แม่สาย) ระยะทาง 63 กิโลเมตร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2560) และคมนาคมขนส่งได้ทางเดียว คือ ทางบก โดยมีสถานีขนส่ง 1 แห่ง (กระทรวงคมนาคม, 2538) และตั้งอยู่ห่างจากที่ว่าการอำเภอแม่สายประมาณ 5 กิโลเมตร (ที่ว่าการอำเภอแม่สาย, 2566)

2.1.7 เศรษฐกิจ อำเภอแม่สาย

จังหวัดเชียงรายมีการวางบทบาทการพัฒนาอำเภอแม่สายเป็น “เมืองศูนย์กลางการค้า และการเงิน” โดยมุ่งพัฒนาอำเภอแม่สายให้เป็นเมืองชายแดนรองรับกิจกรรมด้านการค้า และการบริการทางการเงิน ที่ครบวงจรพัฒนาพื้นที่ศูนย์แสดงสินค้านานาชาติ และห้องประชุมสัมมนาเพื่อรองรับนักลงทุนที่สนใจ ขยายการลงทุน โดยเตรียมพื้นที่สำหรับร้านค้าปลอดภาษี ศูนย์ข้อมูลการค้าระหว่างประเทศ เพื่อรองรับการค้าชายแดนรวมถึงการพัฒนาพื้นที่รองรับการเป็นศูนย์กลางการค้าสินค้าเกษตร โดยการดำเนินการพัฒนาตามแผนแม่บทเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษเชียงราย (ที่ว่าการอำเภอแม่สาย, 2566)

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เป็นพื้นที่หนึ่ง ของเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงราย ครอบคลุมทั้งสิ้น 8 ตำบล ประกอบด้วย ตำบลเกาะช้าง ตำบลบ้านด้าย ตำบลโป่งงาม ตำบลโป่งผา ตำบลแม่สาย ตำบลเวียงพางคำ ตำบลศรีเมืองชุม และตำบลห้วยไคร้ จากนโยบายของรัฐบาลที่มุ่งมั่น พัฒนาพื้นที่บริเวณชายแดน ที่เชื่อมต่อกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอาเซียน เพื่อพัฒนาคุณภาพ ชีวิตของประชาชน ส่งเสริมการค้า และการลงทุน จึงได้กำหนดให้ตั้งเขตเศรษฐกิจพิเศษขึ้น รวม 10 จังหวัด ได้แก่ ตาก สระแก้ว ตราด มุกดาหาร สงขลา เชียงราย หนองคาย นครพนม นราธิวาส (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน, 2561) เนื่องจากอำเภอแม่สายมีจุดเด่นทางด้านฐานการท่องเที่ยว แหล่งผลิตอาหาร สินค้าเกษตร ศูนย์กลางการขนส่งสินค้าระหว่างประเทศ การขนส่งต่อเนื่องหลายรูปแบบ และเป็นพื้นที่ที่ติดกับประเทศเมียนมา โดยรัฐบาลมีมาตรการสนับสนุน และส่งเสริมต่าง ๆ เพื่อพัฒนา โครงสร้างพื้นฐานการให้สิทธิ และประโยชน์ ทั้งนี้เป็นภาษี และไม่ใช้ภาษี การตั้งศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) และมาตรการอำนวยความสะดวกอื่น ๆ เป็นต้น

2.1.8 จุดผ่านแดนถาวร และจุดผ่อนปรนการค้า

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีจุดผ่านแดนถาวรจำนวน 2 แห่ง และจุดผ่อนปรนการค้าจำนวน 4 แห่ง ดังนี้

2.1.8.1 จุดผ่านแดนถาวร

การเปิดจุดผ่านแดนถาวรเป็นการตกลงในระดับนโยบายของรัฐบาล และเป็นความเห็นพ้องต้องกันของทั้งสองประเทศอย่างเป็นทางการ เพื่อประโยชน์ต่อการค้า และการสัญจรของบุคคล ยานพาหนะ รวมทั้งการเดินทางเข้าออกของบุคคลจากประเทศที่สาม โดยเป็นไปตามระบบสากลเกี่ยวกับการเดินทาง และความตกลงในการสัญจรข้ามแดนระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน (กระทรวงมหาดไทย, 2561)

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีจุดผ่านแดนถาวรทั้งสิ้น 2 แห่ง ซึ่งอยู่ตรงข้ามกับเมืองท่าขี้เหล็ก รัฐฉาน สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา ได้แก่ จุดผ่านแดนถาวรข้ามแม่น้ำสายแห่งที่ 1 ตั้งอยู่ในเขตเทศบาลตำบลแม่สาย อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และจุดผ่านแดนถาวรข้ามแม่น้ำสายแห่งที่ 2 ตั้งอยู่ในเขตตำบลสันผักอี อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2.1.8.2 จุดผ่อนปรนการค้า

การเปิดจุดผ่อนปรนทางการค้าเพื่อการค้าขายแลกเปลี่ยนสินค้าเครื่องอุปโภคบริโภค ที่จำเป็นในชีวิตประจำวันของประชาชนในพื้นที่ชายแดนทั้งสองประเทศ โดยนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยมอบอำนาจให้ผู้ว่าราชการจังหวัดไปดำเนินการ โดยมีการระบุเงื่อนไขที่ชัดเจนของจุดผ่อนปรนการค้าในแต่ละแห่งให้เกิดความเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพพื้นที่ (กองการต่างประเทศ, 2561, หน้า 4) และเป็นนโยบายสำคัญในการส่งเสริมให้มีจุดผ่อนปรนการค้า เพื่อประโยชน์ในทางเศรษฐกิจ และส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างประชาชนของทั้งสองประเทศ

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีจุดผ่อนปรนการค้าทั้งสิ้น 4 แห่ง โดยอยู่ตรงข้ามกับเมืองท่าขี้เหล็ก รัฐฉาน สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ จุดผ่อนปรนบ้านปางห้า ตำบลเกาะช้าง จุดผ่อนปรนบ้านสายลมจอย ตำบลเวียงพางคำ และจุดผ่อนปรนบ้านเกาะทราย ตำบลแม่สาย และอยู่ตรงข้ามกับบ้านดินดำ จังหวัดท่าขี้เหล็ก สาธารณรัฐแห่งสหภาพเมียนมา คือ จุดผ่อนปรนท่าดินดำ ซึ่งตั้งอยู่ที่บ้านป่าแดง หมู่ 5 ตำบลเกาะช้าง อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

2.2 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

2.2.1 ความหมายของแรงงานข้ามชาติ

แรงงานข้ามชาติ ตรงกับภาษาอังกฤษ คือคำว่า Migrant Worker โดยความหมายของแรงงานข้ามชาติตามพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (พระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว, 2551)

เนื่องจากผู้ศึกษาวิจัยเห็นว่า การให้ความหมายของแรงงานข้ามชาติจากพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 เพียงแหล่งเดียวนั้นยังไม่อาจเพียงพอ และยากต่อการเข้าใจความหมายของคำว่า แรงงานข้ามชาติ ได้อย่างลึกซึ้งจึงจำเป็นต้องศึกษาหาความหมายเพิ่มเติมจากหนังสือ บทความ งานวิจัย และเอกสารทางวิชาการโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (International Organization for Migration – IOM) ซึ่งเป็นองค์กรหนึ่งขององค์การสหประชาชาติ หรือที่เรียกว่า United Nations ได้ให้นิยามของคำว่า “Migrant” หมายถึง บุคคลใด ๆ ที่ย้ายหรือย้ายข้ามพรมแดนระหว่างประเทศหรือภายในรัฐที่ห่างไกลจากถิ่นที่อยู่ตามปกติของพวกเขา โดยไม่คำนึงถึง สถานะทางกฎหมายของบุคคลนั้น สาเหตุของการเคลื่อนไหว และระยะเวลาในการอยู่ที่ประเทศปลายทาง (United Nations, 2020)

องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (International Labour Organization: ILO) มีการให้นิยามของแรงงานข้ามชาติ ไว้ในรายงานการประชุมแรงงานระหว่างประเทศ ครั้งที่ 87 หมายความว่า บุคคลที่อพยพจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่งที่ไม่ได้มีจุดมุ่งหมายเพื่อผลประโยชน์ของตนเอง แต่เพื่อที่จะได้รับการว่าจ้างงานรวมถึงบุคคลใดก็ตามที่ได้รับการยอมรับ เป็นผู้อพยพที่ทำงานเป็นประจำ (International Labour Organization, 1999)

สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ (2551) ได้มีการให้นิยามความหมายของคำว่า แรงงานย้ายถิ่น (Migrant Workers) คือ บุคคลที่ออกจากบ้านเพื่อหางานทำนอกบ้านเกิดหรือนอกประเทศเกิดของตนบุคคลซึ่งย้ายถิ่นฐานเพื่อหางานทำภายในประเทศของตน ถือเป็นแรงงานย้ายถิ่นภายในประเทศ (Domestic) หรือแรงงานย้ายถิ่นภายใน (Internal) บุคคลซึ่งย้ายถิ่นฐานเพื่อหางานทำในต่างประเทศมักถูกเรียกว่าแรงงานต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ

บัญญัติ ศิริปรีชา (2552) ได้กล่าวถึงคำว่า ผู้อพยพเพื่อหางานทำ ที่ให้ไว้ในเอกสารแปลภาษาอนุสัญญาฉบับที่ 97 ว่าด้วยการอพยพเพื่อการหางานทำ (แก้ไข) ของสำนักพัฒนามาตรฐานแรงงาน กรมสวัสดิการ และคุ้มครองแรงงาน ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่าแรงงานข้ามชาติ หมายความว่า บุคคลที่อพยพจากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง เพื่อจุดมุ่งหมายให้ได้งานทำ โดยมีใช้การประกอบอาชีพอิสระ และรวมถึงบุคคลใด ๆ ที่ได้รับอนุญาตให้เข้าประเทศเป็นประจำในฐานะผู้อพยพเพื่อหางานทำ

สิริโฉม พรหมโฉม (2558) ได้กล่าวถึงความหมายของคำว่าแรงงานต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ ในหนังสือการทำงานของคนต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ หมายถึง คนที่ทำงานตามบริเวณชายแดน คนงานตามฤดูกาล ชาวเรือ คนงานที่ทำงานในสถานที่ทำงานนอกประเทศ คนงานที่ทำงานโยกย้ายไปมา คนงานที่ทำงานตามโครงการ คนงานที่มีกิจการของตนเอง และคนงานที่ได้รับการว่าจ้างพิเศษให้ไปทำงานในประเทศที่ตนไม่มีสัญชาตินั้น

ณัฐธินิชา ไชยพิศ และอจิรภัส เพียรขุนทด (2565) กล่าวถึงความหมายของคำว่า แรงงานต่างด้าว หมายถึง บุคคลธรรมดาที่ย้ายถิ่นฐานไปยังประเทศหนึ่งซึ่งมิใช่ภูมิลำเนาของตนหรือไม่ใช่สัญชาติในประเทศนั้น ๆ ที่เดินทางไปทำงานโดยใช้กำลังกาย ความรู้ ความสามารถเพื่อค่าแรงหรือประโยชน์อื่น ๆ

รุ่งทิพา เวชเพิ่ม และวาสนา บัญเกิด (2564) ได้นิยามของคำว่า แรงงานข้ามชาติ ไว้ในบทความออนไลน์หัวข้อ “แรงงานข้ามชาติ: สิทธิประโยชน์ประกันสังคมที่ถูกมองข้าม” หมายความว่า แรงงานที่เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนระบบเศรษฐกิจของประเทศไทย ในสถานะที่เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างประชากรส่งผลให้ขาดแคลนกำลังแรงงาน ยกตัวอย่างเช่น งานประเภท 3D ซึ่งประกอบด้วยงานยาก (Difficult) งานสกปรก (Dirty) และงานอันตราย (Dangerous) เช่น งานก่อสร้าง งานประมง งานเกษตร งานในเหมืองแร่หรือป่าลึก งานทำความสะอาด เป็นต้น

นรากร ศรีเที่ยง (2564) ได้ให้ความหมายของ แรงงานข้ามชาติ จากผลงานโครงการ Writers that Matters: นัก(อยาก)เขียนเปลี่ยนโลก ในหัวข้อ สิทธิมนุษยชนผ่านมุมมองของฉัน หมายความว่า แรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย

ทั้งนี้จากการศึกษาหาความหมายของคำว่า แรงงานข้ามชาติ ในการศึกษาวิจัยนี้สามารถสรุปได้ว่า แรงงานข้ามชาติ หมายถึง บุคคลธรรมดาซึ่งไม่มีสัญชาติไทย ย้ายถิ่นฐานไปยังประเทศหนึ่งซึ่งมิใช่ภูมิลำเนาของตนเพื่อหางานทำนอกบ้านเกิดหรือนอกประเทศเกิดของตนโดยใช้กำลังกาย ความรู้ ความสามารถเพื่อค่าแรงหรือประโยชน์อื่น ๆ

2.2.2 ประเภทของแรงงานข้ามชาติ

การจำแนกประเภทของแรงงานข้ามชาติ นั้นได้มีนักวิชาการ องค์กรระหว่างประเทศที่ได้จำแนกประเภทของแรงงานข้ามชาติ โดยจำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองโดยสามารถแบ่งประเภทของแรงงานข้ามชาติได้ 2 รูปแบบหลัก ๆ คือ แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองถูกกฎหมาย และแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย ดังนี้

สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ (2551) จำแนกประเภทของแรงงานข้ามชาติไว้ 2 ประเภท คือ แรงงานข้ามชาติที่ผ่านกระบวนการตามกฎหมาย และแรงงานข้ามชาติที่ไม่ผ่านกระบวนการตามกฎหมาย โดยให้ความหมายของแรงงานข้ามชาติแต่ละประเภทไว้ ดังนี้ แรงงานข้ามชาติที่ผ่านกระบวนการตามกฎหมาย คือ แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียน (Regular Admitted) หรือแรงงานข้ามชาติแบบปกติ และแรงงานข้ามชาติที่ไม่ผ่านกระบวนการตามกฎหมาย คือ แรงงานข้ามชาติที่ไม่สามารถแสดงหลักฐานว่าได้เข้ามาทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย แรงงานนั้นถือว่าเป็นแรงงานที่ไม่จดทะเบียน (Irregular Admitted) หรือแรงงานที่ไม่มีเอกสาร

ณัฐนิชา ไชยพิศ และอจิรภาส เพียรขุนทด (2565) แบ่งประเภทของแรงงานข้ามชาติไว้ 2 ประเภท คือ แรงงานข้ามชาติในระบบ และแรงงานข้ามชาตินอกระบบ โดยให้นิยามไว้ดังนี้ แรงงานข้ามชาติในระบบ หมายถึง บุคคลที่ย้ายถิ่นฐานเข้ามายังประเทศไทยเพื่อทำงานในสถานประกอบการ โดยมีการเดินทางเข้าประเทศโดยผ่านกระบวนการอย่างถูกกฎหมาย และได้รับการคุ้มครองจากสิทธิประโยชน์สวัสดิการสังคมเมื่อได้มีการขึ้นทะเบียนแรงงาน และทำประกันสังคมของแรงงานต่างด้าวตามกฎหมาย โดยมีเงื่อนไขการคุ้มครองที่ระบุไว้อย่างชัดเจนว่าจะต้องเป็นแรงงานที่มีหนังสือเดินทางมีใบอนุญาตการทำงาน เอกสารรับรองบุคคล เป็นต้น และแรงงานข้ามชาตินอกระบบ หมายถึง แรงงานข้ามชาติที่เข้าประเทศแบบผิดกฎหมาย โดยไม่ได้มีการเดินทางเข้ามาโดยผ่านกระบวนการอย่างถูกกฎหมาย และไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิประโยชน์สวัสดิการสังคมจากการขึ้นทะเบียน และทำประกันสังคมของแรงงานต่างด้าวตามกฎหมาย

สิริโฉม พรหมโฉม (2558, หน้า 187) สามารถจำแนกประเภทของแรงงานข้ามชาติไว้ในหนังสือการทำงานของคนต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ โดยจำแนกประเภทของแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงาน ในประเทศไทย ได้ 2 ประเภท คือ แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย และแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย

2.2.2.1 แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมาย (Regular Migrant Worker)

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ได้มีการจำแนกแรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยถูกกฎหมายออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. ประเภทตลอดชีพ

แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศตามประกาศคณะปฏิวัติฉบับที่ 322 พ.ศ. 2515 ได้กำหนดให้ใบอนุญาตทำงานแบบตลอดชีพที่สามารถใช้ได้ตลอดชีวิตของแรงงานข้ามชาติตามอาชีพที่เคยทำอยู่ก่อนขอออกใบอนุญาตทำงาน เว้นแต่เปลี่ยนอาชีพใหม่

2. ประเภทชั่วคราว

แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้เข้ามาในราชอาณาจักรเพื่อทำงานเป็นการชั่วคราว (Non-Immigrant Visa) โดยที่ใบอนุญาตทำงานชั่วคราวจะออกให้แก่แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมืองโดยมีวีซ่าประเภทคนอยู่ชั่วคราว หรือแรงงานข้ามชาติที่มีถิ่นที่อยู่ในประเทศไทยแล้วยื่นขอใบอนุญาตทำงาน โดยมีระยะเวลาการทำงานไม่เกิน 15 วัน โดยปกติการขออนุญาตให้แรงงานข้ามชาติทำงานในประเทศไทยตามเงื่อนไขของใบอนุญาตทำงานแบบชั่วคราวจะกำหนดให้แรงงานข้ามชาติทำงานในประเทศไทยได้ไม่เกิน 2 ปี แต่สามารถขอต่อใบอนุญาตได้

3. ประเภทส่งเสริมการลงทุน (Board of Investment: BOI)

แรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้เข้าราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน หรือตามกฎหมายอื่นที่บทบัญญัติเกี่ยวกับแรงงานข้ามชาติในลักษณะเดียวกัน การออกใบอนุญาตทำงานจะออกให้แก่แรงงานข้ามชาติที่ได้เข้าเมืองถูกต้องตามกฎหมายโดยมีวีซ่าประเภทคนอยู่ชั่วคราว และได้รับอนุญาตให้ทำงานตามเงื่อนไขที่กำหนดในกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมการลงทุน และกฎหมายอื่นที่รัฐส่งเสริม สำหรับระยะเวลาในการอนุญาตทำงานได้นั้นจะเป็นไปตามที่หน่วยงานผู้รับผิดชอบตามพระราชบัญญัติแต่ละฉบับเสนอโดยขออนุญาตให้มากกว่า 1 ปีได้ และสามารถขอต่อใบอนุญาตได้เช่นเดียวกันกับใบอนุญาตทำงานประเภทชั่วคราว

4. ประเภทที่เข้ามาทำงานภายใต้บันทึกความเข้าใจว่าด้วยการจ้างงานแห่งรัฐ (MOU)

แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยอย่างถูกต้องตามกฎหมายภายใต้บันทึกข้อตกลงระหว่างรัฐบาลประเทศไทยกับประเทศต้นทาง เช่น ลาว เมียนมา และกัมพูชา แรงงานข้ามชาติที่เข้าระบบทำงานภายใต้บันทึกความเข้าใจว่าด้วยการจ้างงานแห่งรัฐนั้นจะได้รับสวัสดิการต่าง ๆ ตามกฎหมายกำหนด และต้องมีเอกสารประจำตัวครบถ้วน

2.2.2.2 แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย (Irregular Migrant Worker)

แรงงานข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยผิดกฎหมายเป็นกลุ่มที่ไม่มีทักษะฝีมือทำงานในตลาดแรงงานระดับล่าง โดยสาเหตุที่ต้องจ้างแรงงานแบบผิดกฎหมายมี 2 ประการ คือ ขาดแคลนแรงงานไทย เนื่องจากบางอาชีพแรงงานไทยไม่สนใจทำ และในช่วงฤดูกาลเกษตรแรงงานในภาคเอกชนบางส่วนจะถอนตัวไปช่วยงานในครัวเรือนเกษตร และอีกสาเหตุหนึ่ง คือ แรงงานข้ามชาติมีค่าจ้างที่ต่ำกว่าแรงงานไทยมาก จึงเป็นเหตุจูงใจให้นายจ้างนิยมจ้างแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายมากขึ้น แรงงานข้ามชาติตามมติคณะรัฐมนตรี เป็นแรงงานที่ได้รับการผ่อนผันให้มาทำงานเป็นการชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับออกไปนอกราชอาณาจักรตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง เพื่อทดแทนการขาดแรงงานในประเทศไทย (สิริโฉม พรหมโฉม, 2558, หน้า 190)

2.2.3 ทฤษฎีอุปสงค์ และอุปทานของแรงงานข้ามชาติ

2.2.3.1 ทฤษฎีอุปสงค์แรงงาน (Demand of Labour Theory)

ชาลิต สละ (2551) ได้อธิบายความหมายของคำว่า อุปสงค์แรงงาน หมายถึง ความต้องการแรงงานซึ่งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งของการผลิต และเป็นที่ต้องการของผู้ผลิตหรือผู้ประกอบการซึ่งอยู่ในฐานะที่เป็นนายจ้าง โดยนายจ้างเหล่านี้เองประสงค์ที่จะว่าจ้างงาน ณ ระดับค่าจ้างต่าง ๆ ที่นายจ้างสามารถจ้างได้ในเวลาหนึ่ง ความต้องการจ้างแรงงานนี้อาจเกิดขึ้นเมื่อมีตำแหน่งว่างหรือเมื่อมีการลงทุนใหม่หรือเมื่อมีการผลิตเพิ่มขึ้น

1. ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงอุปสงค์แรงงาน

การเปลี่ยนแปลงอุปสงค์ของแรงงานมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ได้แก่

1) การเปลี่ยนแปลงของอุปสงค์ของผลผลิต

เนื่องจากอุปสงค์แรงงานเป็นอุปสงค์สืบเนื่องมาจากอุปสงค์ของสินค้าและบริการเมื่ออุปสงค์สินค้า หรือผลผลิตที่แรงงานเป็นผู้เปลี่ยนแปลงไป อุปสงค์ของแรงงานย่อมจะเปลี่ยนแปลงตามไปด้วยกล่าวคือจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกัน

2) การเปลี่ยนแปลงกระบวนการผลิต

การเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีการผลิตจะส่งผลกระทบต่ออุปสงค์แรงงานของหน่วยผลิตไปด้วยเทคโนโลยีใหม่ ๆ ทำให้อุปสงค์ของแรงงานบางประเภทลดลง และทำให้อุปสงค์แรงงานประเภทอื่นเพิ่มขึ้น

3) ราคาของปัจจัยการผลิตชนิดอื่น

ถ้าราคาเครื่องจักรหรือทุนที่ใช้ในการผลิตลดลง หน่วยธุรกิจอาจซื้อเครื่องจักรเพิ่ม และจ้างแรงงานน้อยลง ขนาดของผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงราคาที่เกิดขึ้นต่ออุปสงค์แรงงานจะขึ้นอยู่กับขนาดของผลกระทบจากการทดแทน และผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงระดับการผลิต

4) ราคาผลผลิตของหน่วยธุรกิจ

หากราคาของผลผลิตของหน่วยธุรกิจยิ่งสูง อุปสงค์แรงงานของหน่วยธุรกิจจะยิ่งมากราคาของผลผลิตมีผลกับอุปสงค์แรงงานผ่านการเปลี่ยนแปลงของมูลค่าของผลผลิตหน่วยสุดท้าย ราคาของผลผลิตของหน่วยธุรกิจที่สูงจะเพิ่มมูลค่าของผลผลิตหน่วยสุดท้ายของแรงงาน การเปลี่ยนแปลงราคาผลผลิตของหน่วยธุรกิจเพิ่มขึ้นอุปสงค์ของแรงงานจะเพิ่มขึ้น

2.2.3.2 ทฤษฎีอุปทานแรงงาน (Supply of Labour Theory)

อุปทานแรงงาน หมายถึง จำนวนแรงงานที่มีผู้เสนอขายในตลาดแรงงาน นั่นคือผู้ที่ประสงค์และพร้อมที่จะทำงาน ณ ระดับอัตราค่าจ้างต่าง ๆ ในระยะเวลาหนึ่ง

Bade and Parkin (2003) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการเปลี่ยนแปลงอุปทานของแรงงานไว้ดังต่อไปนี้

1. ขนาดของประชากร

ถ้าขนาดของประชากรเพิ่มมากขึ้น การเพิ่มของประชากรวัยทำงานส่งผลให้อุปทานแรงงานเพิ่มมากขึ้น การเพิ่มขึ้นอาจเกิดมาจากอัตราเกิดมากกว่าอัตราตายหรืออาจเกิดจากการอพยพทำให้อุปทานของแรงงานมีมาก

2. การเคลื่อนย้ายแรงงานเข้ามาในประเทศ

ถ้าคนต่างประเทศอพยพเข้ามาทำงานในประเทศมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้อุปทานของแรงงานเพิ่มสูงขึ้น และบางครั้งก็มาแย่งอาชีพของคนในประเทศนั้น ๆ ด้วยวิธีการป้องกันไม่ให้อุปทานแรงงานมากเกินไปคือการออกกฎหมายเกี่ยวกับคนเข้าเมือง

3. การกำหนดอายุ และเพศของผู้ที่กำลังเข้าสู่กำลังแรงงาน

ถ้ากำหนดอายุของผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานต่ำ จะทำให้จำนวนผู้อยู่ในกำลังแรงงานมีมากจะทำให้อุปทานของแรงงานมีจำนวนมาก แต่ถ้ากำหนดอายุของผู้ที่อยู่ในกำลังแรงงานสูง จะทำให้จำนวนผู้อยู่ในกำลังแรงงานลดลง

สำหรับเรื่องเพศของแรงงานในกรณีที่ให้เพศหญิงมีสิทธิเข้ามาทำงานและเรียนหนังสือเท่าเทียมกับเพศชาย จะทำให้อุปทานของแรงงานเพิ่มมากขึ้น ในทำนองตรงกันข้ามถ้ามีการกีดกันไม่ให้เพศหญิงทำงานจะส่งผลให้กำลังแรงงานในระบบลดลง ศักยภาพทางเศรษฐกิจหดตัวและอาจนำไปสู่ความเหลื่อมล้ำทางรายได้และการสูญเสียโอกาสทางสังคม

4. ชั่วโมงการทำงาน

การกำหนดชั่วโมงการทำงานให้สั้นเข้า เช่น ในประเทศหนึ่งกำหนดให้คนทำงานสัปดาห์ละ 48 ชั่วโมง ต่อมากฎหมายกำหนดให้ทำงานสูงสุดไม่เกินสัปดาห์ละ 40 ชั่วโมงถ้ากิจการใดต้องการจะให้ผลผลิตเท่าเดิมหรือเพิ่มขึ้นจึงรับคนเข้าทำงานเพิ่มขึ้น ซึ่งเท่ากับอุปทานของแรงงานเพิ่มขึ้น แต่คนว่างงานจะลดลงอุปทานของแรงงานที่เพิ่มขึ้นนี้เกิดจากอุปสงค์ของแรงงานที่เพิ่มขึ้น

5. ความชอบหรือรสนิยม

ในปี 1960 ผู้หญิงน้อยกว่าร้อยละ 40 มีงานทำในปี 2000 ผู้หญิงร้อยละ 60 มีงานทำ และร้อยละการมีงานทำยังคงเพิ่มขึ้น ทั้งนี้มีหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ ซึ่งนักเศรษฐศาสตร์จำแนกว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงของความชอบหรือรสนิยมซึ่งเป็นผลทำให้อุปทานของแรงงานหญิงเพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันร้อยละผู้ชายที่ทำงานลดน้อยลงจากร้อยละ 83 ในปี 1960 เป็นร้อยละ 75 ในปี 2000 และในปัจจุบัน Gomis et al. (2023) พบว่า มีช่องว่างระหว่างเพศที่เกี่ยวกับการจ้างงาน ยังคงมีอยู่มาก โดยร้อยละ 15 ของผู้หญิงวัยทำงานทั่วโลกที่ต้องการทำงานกลับไม่มีงานให้ทำ เทียบกับร้อยละ 10.5 ของผู้ชาย

6. เวลาในการเรียน และการอบรม

ยังมีบุคคลจำนวนมากได้รับการศึกษาเต็มเวลาในโรงเรียน และได้รับการฝึกอบรม อุปทานแรงงานที่มีทักษะต่ำจะน้อยลง ปัจจุบันในสหรัฐอเมริกาเกือบทุกคนจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาเข้าศึกษาต่อระดับอุดมศึกษา ถึงแม้มีนิสิตจำนวนมากทำงานนอกเวลา อุปทานแรงงานนิสิตนักศึกษาต่ำกว่าที่ควรจะเป็นหากเขาทำงานเต็มเวลาดังนั้นหากบุคคลศึกษาในระดับสูงขึ้นเมื่อปัจจัยอื่นคงที่ อุปทานของแรงงานที่มีการศึกษาต่ำจะลดลง แต่เวลาที่ใช้ในโรงเรียน และการอบรมเปลี่ยนให้แรงงานที่มีทักษะต่ำกลายเป็นแรงงานที่มีทักษะสูง ดังนั้นยังมีสัดส่วนผู้ได้รับการศึกษาสูงมากขึ้นอุปทานของแรงงานที่มีทักษะสูงจะเพิ่มมากยิ่งขึ้น

กล่าวสรุปได้ว่า เมื่อจำนวนงานที่บุคคลต้องการทำงาน ณ ระดับค่าจ้างที่กำหนดเปลี่ยนแปลงอุปทานของแรงงานก็จะเปลี่ยนแปลง ดังนั้นการเพิ่มของประชากรวัยทำงาน หรือการเพิ่มขึ้นของร้อยละผู้หญิงทำงานส่งผลให้อุปทานของแรงงานเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นจะเพิ่มอุปทานแรงงานที่มีทักษะสูง การเปลี่ยนแปลงอุปทานของแรงงานทำให้เส้นอุปทานแรงงานเคลื่อนย้ายไปจากเดิมเช่นเดียวกับการเคลื่อนย้ายของเส้นอุปทาน

2.2.4 ทฤษฎีการอพยพย้ายถิ่น

การอพยพเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว นั้น เป็นปรากฏการณ์ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เกิดขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก เนื่องจากธรรมชาติของมนุษย์ย่อมต้องการหาสิ่งที่ดีกว่า เมื่อพื้นที่เดิมไม่อาจสนองความต้องการได้ จึงจำเป็นต้องแสวงหาสิ่งที่ดีกว่า เพื่อสนองความต้องการของตน

2.2.4.1 การอพยพย้ายถิ่น

นรา รัตนรุจ (2554) ได้ให้ความหมายของการอพยพย้ายถิ่น (Migration) หมายถึง การที่ประชากรย้ายถิ่นที่อยู่จากสถานที่แห่งหนึ่งไปตั้งถิ่นฐานในอีกสถานที่หนึ่งเป็นการย้ายออกนอกเขตปกครองเดิมหรือ หมายถึง การเคลื่อนย้ายเชิงพื้นที่ เช่น ย้ายจากชนบทเข้าสู่ตัวเมือง จากประเทศหนึ่งไปยังอีกประเทศหนึ่ง การอพยพย้ายถิ่นที่อยู่ไปตั้งถิ่นฐานใหม่นี้จึงเป็นไปได้ทั้งการย้ายถิ่นในประเทศเดียวกันหรือการอพยพย้ายถิ่นข้ามไปอยู่ต่างประเทศก็ได้

สาเหตุที่มีการย้ายถิ่นในเชิงทฤษฎีตามกฎหมายแห่งการอพยพย้ายถิ่น (Law of Migration) ของราเวนสไตน์ว่า สาเหตุที่มีการย้ายถิ่นมีปัจจัย 2 ประการคือ ปัจจัยผลักดันต้นทาง ได้แก่ ปัจจัยทางเศรษฐกิจหรือไม่มีงานทำในท้องถิ่น และปัจจัยดึงดูดปลายทาง ได้แก่ มีศูนย์การค้า มีอุตสาหกรรม มีการจ้างงาน เป็นต้น

ราเวนสไตน์ อ้างถึงใน ฉันทพร พันธุ์อารีย์ (2539) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับจุดเริ่มต้นในการตั้งทฤษฎีเกี่ยวกับการอพยพ (Laws of Migrations) เพื่ออธิบายสาเหตุแห่งการเข้ามาหางานทำของผู้ลักลอบเข้าเมืองว่าลักษณะการอพยพของประชากรตั้งแต่อดีตจนมาถึงปัจจุบันได้แบ่งลักษณะของการอพยพของประชากรออกเป็น 5 ลักษณะ คือ

1. การอพยพแบบดั้งเดิม (Primitive Migration)

เป็นการอพยพย้ายถิ่นของชนในอดีต เป็นการย้ายถิ่นที่อยู่เพื่อการดำรงชีวิตรอด ปัจจุบันการอพยพจากชนบทเข้าสู่เมืองเพื่อแสวงหาวิธีการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ก็ถือว่าอยู่ในลักษณะนี้

2. การอพยพย้ายถิ่นโดยถูกบังคับ (Forced Migration)

เป็นการย้ายถิ่นโดยถูกบังคับ อาจถูกบังคับโดยรัฐบาลหรือผู้มีอิทธิพล ได้แก่ การลี้ภัย

3. การอพยพโดยถูกบีบคั้น (Impelled Migration)

เป็นการบังคับให้อพยพเช่นกัน แต่ผู้ที่ถูกบังคับยังมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะอยู่หรือจะไป

4. การอพยพโดยเสรี (Free Migration)

เป็นการอพยพจากปัจเจกชนโดยเสรี อาจเกิดจากแรงจูงใจจากภายนอก เช่น โดยตำแหน่งการงาน รายได้ หรือเพื่อผจญภัย การอพยพโดยเสรีนำไปสู่การอพยพแบบชนจำนวนมาก

5. การอพยพแบบชนจำนวนมาก (Mass Migration)

สืบเนื่องมาจากการอพยพโดยเสรี ซึ่งย้ายถิ่นเข้าไปบุกเบิกในถิ่นที่อยู่ใหม่ จูงใจให้ชนจำนวนมากย้ายถิ่นตาม

กล่าวโดยสรุป การอพยพย้ายถิ่นเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกประเทศเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ในสังคมการอพยพ มีสาเหตุแตกต่างกันลักษณะการอพยพก็แตกต่างกัน เช่น อพยพหนีความแห้งแล้ง อพยพหนีภัยธรรมชาติ อพยพไปทำงาน อพยพเพื่อการศึกษา เป็นต้น การอพยพมีทั้งอพยพแบบถาวร และอพยพแบบชั่วคราวหรืออพยพข้ามประเทศ และอพยพภายในประเทศหรืออพยพโดยความสมัครใจ และไม่สมัครใจ

2.2.5 ทฤษฎีปัจจัยผลักดัน และปัจจัยดึงดูด (Push and Pull Theory)

สาเหตุที่สำคัญ ของการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศซึ่งประกอบด้วยปัจจัยผลักดันจากประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายออก และปัจจัยดึงดูดจากประเทศที่แรงงานเพื่อย้ายเข้า (สุณี ฉัตราคม, 2523) หรือทฤษฎีปัจจัยผลักดัน และปัจจัยดึงดูด

2.2.5.1 ปัจจัยผลักดันจากประเทศที่แรงงานย้ายออก

สาเหตุที่สำคัญที่ทำให้แรงงานเคลื่อนที่ย้ายออกจากประเทศบ้านเกิดของตนเอง ได้แก่

1. อัตราว่างงาน (Unemployment) อยู่ในอัตราสูง และการทำงานต่ำระดับ การส่วนเกินที่เกิดจากการว่างงาน และทั้งการทำงานต่ำกว่าระดับในประเทศนั้น เป็นผลมาจากการไม่สามารถหางานทำที่ตรงกับความรู้ และความสามารถของตนเอง
2. ระดับค่าจ้างที่ต่ำกว่าเมื่อเทียบกับต่างประเทศ และอาชีพที่มีลักษณะเดียวกัน ถ้าเปรียบเทียบในเรื่องค่าจ้างหรือเงินเดือนที่ได้รับขณะทำงานในประเทศ โอกาสการเคลื่อนย้ายแรงงานไปต่างประเทศย่อมมีมากกว่าถ้าค่าจ้าง และเงินเดือนในต่างประเทศมีอัตราที่สูงกว่า
3. การขาดสิ่งจูงใจสำหรับความก้าวหน้าในอาชีพ แรงงานที่มีความรู้ ความชำนาญสูง แต่ไม่สามารถมีโอกาสก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานของตนเองย่อมเกิดความรู้สึกอยากเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศ นอกจากนี้สิ่งจูงใจซึ่ง ได้แก่ ความก้าวหน้าในอาชีพก็เป็นอีกประการหนึ่งที่ทำให้แรงงานกลุ่มนี้ต้องการเคลื่อนย้ายไปทำงานในต่างประเทศ
4. นโยบายกำลังพลที่ไม่เหมาะสม การวางแผนกำลังคนที่เหมาะสมทำให้เกิดการพัฒนาไปตามระบบของงานแต่ขณะที่ประเทศด้อยพัฒนาที่ไม่มีการวางแผนพัฒนากำลังคนทำให้เกิดการสูญเสียความสมดุลระหว่างงานกับบุคลากรทำให้กำลังแรงงานบางส่วนอาจเป็นส่วนเกินได้
5. ปัจจัยทางสังคม และการเมือง แรงงานบางส่วนอาจต้องการอพยพเคลื่อนย้ายไปต่างประเทศ เป็นเพราะไม่พอใจในสภาพสังคม และการเมืองที่มีอยู่ ที่สืบเนื่องมาจากความวุ่นวาย และความแตกต่างของกลุ่มการเมืองในประเทศ

2.2.5.2 ปัจจัยดึงดูดจากประเทศที่แรงงานเคลื่อนย้ายเข้า

สาเหตุดึงดูดให้แรงงานเคลื่อนย้ายจากประเทศบ้านเกิดเข้าสู่ประเทศใดประเทศหนึ่ง ได้แก่

1. ระดับค่าจ้าง และเงินเดือนที่สูงกว่าในประเทศบ้านเกิดของแรงงาน สิ่งจูงใจทางเศรษฐกิจที่สำคัญของแรงงาน ได้แก่ ระดับค่าจ้าง และเงินเดือน ถ้าแรงงานในอาชีพต่างๆ พบว่า แรงงานประเภทเดียวกันในต่างประเทศนั้นมีระดับค่าจ้างหรือเงินเดือนที่สูงกว่ามากก็จะเป็นสิ่งดึงดูด ให้แรงงานเหล่านี้ต้องการอพยพเคลื่อนย้ายออกไปทำงานยังถิ่นใหม่

2. การขาดแคลนกำลังคนในบางสาขา หากมีการเผยแพร่ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับตลาดแรงงานทำให้แรงงานในต่างประเทศได้ทราบถึงประเภทแรงงานที่ขาดแคลนได้อย่างดี แรงงานนั้นก็อาจถูกดึงดูดให้เคลื่อนย้ายเข้ามาได้ถ้าระดับค่าจ้างสูงพอ

3. โอกาสสำหรับความก้าวหน้าในอาชีพ ประเทศที่พัฒนาแล้วย่อมมีสิ่งอำนวยความสะดวกแก่การปฏิบัติงานได้เป็นอย่างดี ประกอบกับการวางแผนพัฒนาบุคลากรที่ยุติธรรม ย่อมเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของแรงงานโดยทั่วไป และจากสภาพนี้เองจะเป็นสิ่งดึงดูดให้แรงงานที่มีความรู้ ความชำนาญจากประเทศด้อยพัฒนาย้ายมาทำงานในต่างประเทศเพื่อโอกาสก้าวหน้าในอาชีพของตนเอง

2.3 แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการสุขภาพ

2.3.1 ความหมาย และแนวคิดของการเข้ารับบริการสุขภาพ

Persinger (2000) ได้ให้ความหมายของการเข้ารับบริการสุขภาพตามความหมายของทางการแพทย์ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยที่ไปถึงการดูแลทางการแพทย์ ความง่ายของการเข้ารับบริการ ประกอบด้วย ความพอเพียงของบริการทางการแพทย์ ที่ตั้งของแหล่งดูแลสุขภาพ การเดินทาง และความสามารถในการจ่ายการดูแลรักษา

Rosen et al. (2001) ได้ให้ความหมายของการเข้ารับบริการสุขภาพ หมายถึง สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการเข้ารับของบริการสุขภาพของประชาชนที่ได้รับการดูแลรักษาในระบบสุขภาพการให้บริการสุขภาพของบุคคลตามความเป็นจริงทุกสิ่งต้องมีความสะดวกต่อการใช้บริการของบุคคลนั้น

Gulliford and Jessop (2001) ได้ให้ความหมายของการเข้ารับบริการสุขภาพ หมายถึง ความสะดวกที่ช่วยให้ประชาชนสมควรได้รับบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ได้แก่

1. มีบริการที่เพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพ
2. มีบริเวณที่ ประชาชนเข้าถึงอย่างกว้างขวางโดยอาศัยระบบการเงิน การคลัง ความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และทางด้านกายภาพ
3. การบริการที่ให้ตรงกับปัญหา มีประสิทธิภาพ ประชาชนมีความพึงพอใจ

4. การให้บริการสุขภาพที่สามารถนำไปใช้ประโยชน์ มีการยอมรับคุณภาพ

Penchansky and Thomas (1981) ได้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพโดยสามารถจำแนกได้เป็น 5 มิติ คือ

1. ความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ (Availability) คือ ความพอเพียงของบริการต่อความต้องการของผู้ป่วยตลอดจนมีบุคลากรให้บริการเพียงพอ และมีศักยภาพในการให้บริการเป็นที่ยอมรับ

2. การเข้าถึงแหล่งบริการ (Accessibility) คือความสามารถที่จะไปใช้บริการได้อย่างสะดวก โดยคำนึงถึงลักษณะที่ตั้งของแหล่งบริการ การเดินทางสะดวก ระยะทางจากที่อยู่อาศัยถึงสถานบริการไม่ไกล รวมทั้งขั้นตอนการขอรับบริการ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นที่ทำให้ประชากรเข้าถึงแหล่งบริการได้

3. ความสะดวก และสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ (Accommodation) เป็นแหล่งที่มีสิ่งอำนวยความสะดวก และให้ความสะดวกในการมารับบริการ ไม่มีขั้นตอนที่ยุ่งยากในการรับบริการซึ่งส่งผลให้ เข้ารับบริการได้ง่าย

4. ความสามารถของผู้รับบริการในการที่จะเสียค่าใช้จ่ายสำหรับบริการ (Affordability)

5. การยอมรับคุณภาพของบริการ (Acceptability) คือการยอมรับในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ และมีความเป็นธรรมมีความพึงพอใจในการบริการ

องค์การอนามัยโลก (WHO) (1978) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพว่า หมายถึง บริการที่ประชาชนสามารถเข้ารับการดูแลแบบปฎิรูป โดยพิจารณาการเข้ารับบริการสุขภาพในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. บริการสุขภาพด้านภูมิศาสตร์ (Geographical) เป็นการพิจารณาถึงระยะทาง ระยะเวลาดำเนินทาง ค่าเฉลี่ยของการเดินทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ไม่เป็นอุปสรรคของการใช้บริการสุขภาพ

2. การเข้าถึงบริการทางการเงิน (Financial) หมายถึงความสามารถชำระค่าใช้จ่ายอันเกิดจากการใช้บริการสุขภาพ

3. การเข้าถึงบริการทางด้านวัฒนธรรม (Cultural) หมายถึง การใช้เทคนิคและวิธีการจัดการในการบริการสุขภาพ ซึ่งสามารถรักษารูปแบบ และวัฒนธรรมของชุมชนไว้ได้

4. การเข้าถึงบริการด้านหน้าที่ (Functional) หมายถึง การให้บริการสุขภาพต่อผู้ใช้บริการตามพื้นฐานอันพึงได้รับอย่างพอเพียง และต่อเนื่อง

2.3.2 ปัญหา และอุปสรรคของการเข้ารับบริการสุขภาพ

2.3.2.1 อุปสรรคส่วนบุคคล และสังคม

อุปสรรคส่วนบุคคล และสังคมที่แต่ละบุคคลมีแตกต่างกัน ในด้านพฤติกรรมแสวงหา ความช่วยเหลือ ความวิตกกังวล ประสบการณ์เดิม ความเชื่อ วัฒนธรรม ความรู้ แหล่งการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม เช่น สภาพทางภูมิศาสตร์ เขตชนบท ระยะทางที่ไกลจากผู้ให้บริการ สภาพการจราจรที่ติดขัดในเขตเมือง เป็นต้น ส่งผลให้มีความยากลำบากในการเดินทางไปยังแหล่งบริการ อุปสรรคยังอาจเกิดขึ้นได้จากด้านศักยภาพของผู้ใช้บริการในด้านอื่น ๆ เช่น ความเต็มใจในการใช้บริการ (Aday & Andersen, 1974) ซึ่งขึ้นกับลักษณะนิสัย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สังคม และขนบธรรมเนียมของผู้ป่วยที่ได้เรียนรู้ เช่น ผู้มีบัตรประกันสุขภาพบางคนยังลังเลที่จะใช้สิทธิของตน ทั้งนี้เพราะเกรงว่าจะได้รับบริการที่มีคุณภาพต่ำกว่าคนอื่นถ้าใช้สิทธิตามบัตร (ทวีศักดิ์ สุทกวาทิน, 2544) หรืออาจเกิดจากศักยภาพของผู้ใช้บริการในการที่ไม่สามารถเดินทางมายังสถานบริการสุขภาพได้โดยลำพัง เช่น ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องพึ่งพาญาติพี่น้อง ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (ทวีศักดิ์ สุทกวาทิน, 2544) สิ่งเหล่านี้เป็นเรื่องเฉพาะบุคคล ไม่สามารถบอกได้ว่าผู้ที่ต้องการเข้าสู่ระบบเป็นเช่นไร สิ่งประกอบภายนอกเป็นตัวประกอบที่ทำให้เกิดความแตกต่างในการเข้ารับการรักษา (Aday & Andersen, 1974)

2.3.2.2 อุปสรรคองค์กร

อุปสรรคองค์กร ในการจัดรูปแบบองค์กรวัฒนธรรมทั้งในองค์กร และผู้รับบริการเป็นอุปสรรคที่มีใช้ทางด้านการเงิน (Whitehead, 1992) เช่น ระบบบริการสุขภาพในบางประเทศ มีกฎเกณฑ์ที่ต้องการให้ประชาชนใช้บริการกับสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้เท่านั้น นอกเหนือจากการให้ผ่านระบบส่งต่อการมีข้อกำหนดนี้ก็เป็นอุปสรรคที่สำคัญอีกประการหนึ่ง (ทวีศักดิ์ สุทกวาทิน, 2544) นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความพอเพียง การลดลงของจำนวน และความเพียงพอของแพทย์ที่ดูแลเบื้องต้น การลดลงของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง การลดลงของแพทย์ประจำบ้าน และความไม่เพียงพอของแพทย์เอกชนในเมืองมีส่วนต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (Aday & Andersen, 1974)

2.3.3 การประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพ

การประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพของผู้ใช้บริการมักใช้แนวคิดการเข้ารับบริการ จากศักยภาพการเข้ารับบริการวัดได้จากการมีแหล่งบริการที่สนับสนุน ส่วนการเข้ารับบริการที่แท้จริง นั้นวัดจากการใช้บริการสุขภาพ โดยวัดจากความพึงพอใจของผู้ใช้บริการในการรอคอยแพทย์ ความเพียงพอต่อการรักษาในเวลาวิกาล วันหยุด และความสะดวกในการพบแพทย์ ความพึงพอใจจากการเข้ารับบริการการรักษาซึ่งตัวชี้วัดการใช้บริการ (Utilization) สามารถแบ่งได้ตามประเภทของแหล่งบริการ 2 ประเภท (กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย, 2539) คือ

1. การใช้บริการทางการแพทย์ (Physician Utilization) ได้แก่ จำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ ค่าใช้จ่าย ประเภทของบริการ ประเภทผู้ให้บริการ เหตุผลการมาพบแพทย์ ลักษณะการนัดหมาย และสถานที่ตั้ง

2. การใช้บริการโรงพยาบาล (Hospital Utilization) ตัวชี้วัดในการใช้บริการ ได้แก่ จำนวนครั้งของการมาใช้บริการ ระยะเวลาในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ค่าใช้จ่าย อัตราครองเตียง ชนิดของบริการ เช่น บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือบริการฉุกเฉิน ชนิดของการเข้ารับการรักษา เช่น ผ่าตัด รักษาทางยา คลอดบุตร เป็นต้น นอกจากนี้การวัดการเข้ารับบริการสุขภาพอาจอยู่ในรูปของการศึกษาเพื่อหาระดับความยากง่ายในการเข้ารับบริการ เช่น สัดส่วนของประชากรที่เข้ารับบริการสุขภาพภายในท้องถิ่น ด้วยการเดินเท้าที่ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง การวัดทางด้านภูมิศาสตร์ เช่น ระยะทาง และเวลาการเดินทางจากบ้านถึงแหล่งบริการ การวัดทางด้านเศรษฐกิจ เช่น การได้รับบริการโดยไม่คิดมูลค่าความสัมพันธ์ระหว่างค่าใช้จ่ายการเดินทาง และรายได้ การวัดทางด้านจิตใจ เช่น การยอมรับการบริการโดยกลุ่มเชื้อชาติ การวัดการเข้ารับบริการด้านองค์กร เช่น ระยะเวลาที่รอคอยในการรับบริการ จำนวนครั้งที่ถูกปฏิเสธการรักษา เป็นต้น

2.4 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ ระบุถึงพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ว่าระบบสุขภาพ มุ่งเน้นการจัดบริการ การรักษาพยาบาล เป็นหลัก ส่งผลให้เพิ่มค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทั้งที่ให้ผลตอบแทนด้านสุขภาพต่ำส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมค่าใช้จ่ายได้ ในขณะเดียวกันโรค และปัญหาด้านสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ไม่สามารถแก้ด้วยวิธีการ และแนวทางในอดีต โดยที่ผ่านมามาภาคประชาชนไม่มีส่วนร่วมมากนัก ซึ่งไม่สอดคล้องกับเจตนารมณ์แห่งรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550)

รัฐธรรมนูญประเทศไทย พ.ศ. 2540 มีเจตนารมณ์ ปรับเปลี่ยนการเมืองสังคมไทย ไปสู่การมีประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน ซึ่งมีบทบัญญัติจำนวนมากที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ หมวดที่ 3 สิทธิ และเสรีภาพของชนชาวไทย หมวดที่ 4 หน้าที่ของชนชาวไทย หมวดที่ 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ สมควรที่จะนำพระราชบัญญัตินี้ เป็นรัฐธรรมนูญดูแลสุขภาพ เพื่อกำหนดหลักคิด แนวทาง แนวการปฏิบัติ รวมทั้งเครื่องมือของระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งสามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับสภาพปัญหาที่เป็นพลวัตรได้

ในส่วนของการเปรียบเทียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2543 ระบุให้คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติเป็นกลไกดำเนินการระดมความคิดเห็นของทุกภาคส่วน และจัดทำพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติให้สำเร็จในเวลาไม่เกิน 3 ปี

จากเหตุผลดังกล่าว พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ จึงเกิดขึ้นภายใต้ความต้องการให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพที่ได้มาตรฐาน ไม่เพียงเฉพาะการจัดบริการ เพื่อให้การรักษาสุขภาพเป็นหลักอย่างที่ผ่านมา จึงมีการกำหนดหลักการ มาตรการ เครื่องมือที่สำคัญของระบบสุขภาพแห่งชาติ อันนำไปสู่การสร้างสุขภาพจัดการกับปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ซึ่งเอื้อประโยชน์ต่อประชาชนรวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมมากยิ่งขึ้น

ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของคำสำคัญต่าง ๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” ดังนี้

“สุขภาพ” หมายถึง สุขภาวะอันสมบูรณ์เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมระหว่าง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

“ระบบสุขภาพ” หมายถึง ระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

“บริการสาธารณสุข” หมายถึง บริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการควบคุมโรค และปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัย และบำบัดสภาวะความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคลครอบครัว และชุมชน

“บุคลากรด้านสาธารณสุข” หมายถึง ผู้ให้บริการสาธารณสุขที่มีกฎหมาย ระเบียบหรือข้อกำหนดรองรับ

2.4.1 เนื้อหาสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีเนื้อหาสาระทั้งหมดจำนวน 6 หมวด 55 มาตรา โดยสามารถสรุปเนื้อหาสาระสำคัญ ที่เกี่ยวข้อง กับการศึกษาวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” ดังต่อไปนี้

2.4.1.1 สิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุข ระบุไว้ในมาตรา 5 มาตรา 9 มาตรา 11 และมาตรา 12 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สามารถสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาได้ดังนี้

มาตรา 5 ประชาชนมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ และมีหน้าที่ร่วมกับหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่ดี และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ

มาตรา 9 ในกรณีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย โดยผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงสามารถดำเนินการได้ และผู้รับบริการสามารถถอนตัวจากงานวิจัยเมื่อใดก็ได้

มาตรา 11 ประชาชนหรือกลุ่มประชาชนมีสิทธิร้องขอให้เกิดการประเมิน และมีสิทธิที่จะมีส่วนร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพ จากนโยบายสาธารณะ และต้องได้รับข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐ ก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการ หรือกิจกรรมใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของ ประชาชนหรือกลุ่มประชาชน

มาตรา 12 เจตนารมณ์ของมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่า เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตขอจากไปตามธรรมชาติ โดยไม่ประสงค์จะยืดความตายออกไป หลักการของมาตรา 12 ไม่ใช่การเร่งให้ตายเร็วขึ้นแต่ก็ไม่ได้ยืดความตายออกไป และก็ไม่ได้ทอดทิ้งผู้ป่วยเพราะยังคงให้การรักษาแบบประคับประคองแม้ผู้ป่วยจะอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต ซึ่งไม่อาจรักษาโรคให้หายได้ โดยได้การดูแลควบคุมความเจ็บปวดดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ และเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของผู้ป่วยให้ถือว่ากรกระทำนั้นไม่เป็นความผิด และพ้นจากความรับผิดชอบ

2.4.1.2 การให้ความสำคัญของสุขภาพของผู้หญิง เด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาส ในสังคม และกลุ่มคนต่าง ๆ ระบุไว้ในมาตรา 6 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สามารถสรุปเนื้อหา ดังนี้

การให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้หญิง ซึ่งมีความจำเพาะซับซ้อน โดยส่งเสริมให้ได้รับความคุ้มครองด้านสุขภาพเป็นพิเศษซึ่งการดูแลจะต้องมีความสอดคล้อง และเหมาะสมกับความละเอียดอ่อนในความเป็นเพศหญิงที่แตกต่างจากเพศชาย เช่น เป็นผู้ที่ตั้งครรภ์ และคลอดบุตร ตลอดจนการให้นมบุตรในระยะหลังคลอด และกล่าวถึงสุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาส และกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองด้านสุขภาพอย่างสอดคล้อง และเหมาะสม

2.4.1.3 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพของประชาชน ระบุไว้ในมาตรา 7 มาตรา 8 มาตรา 10 และมาตรา 11 ของพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 สามารถสรุปสาระสำคัญของเนื้อหาได้ดังนี้

มาตรา 7 ข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนเป็นความลับส่วนบุคคลผู้อื่นจะนำไปเปิดเผยเพื่อให้เกิดความเสียหายไม่ได้ ยกเว้น เป็นไปตามความประสงค์ของประชาชนผู้นั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผยข้อมูลนั้น แต่ไม่ว่ากรณีใดๆ ผู้อื่นจะใช้อำนาจหรือ

สิทธิตามกฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นๆเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลอื่นที่ไม่ใช่ของตนเองไม่ได้

มาตรา 8 ในการให้บริการด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างชัดเจน และเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับ หรือไม่รับบริการทางการแพทย์ ยกเว้นผู้รับบริการอยู่ในสถานะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต และมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน และผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเพราะเหตุที่ผู้ให้บริการปกปิดข้อมูลข้อเท็จจริงที่ตนรู้หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขไม่ต้องรับผิดชอบความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่ เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

มาตรา 10 เมื่อเกิดกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้นหน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าวต้องเปิดเผยข้อมูลนั้น ๆ รวมถึงวิธีการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้กับประชาชนทราบ และการเปิดเผยข้อมูลต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล

มาตรา 11 ประชาชนหรือกลุ่มประชาชน มีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการการประเมินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ และมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพ

กล่าวโดยสรุป พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มีจุดประสงค์หลัก คือ การคุ้มครองสิทธิของผู้เข้ารับบริการด้านสาธารณสุขซึ่งได้กำหนดกรอบ และแนวทางในการดำเนินงานด้านสุขภาพให้ทั้งผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข และผู้เข้ารับบริการด้านสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพ และแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยกำหนดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์ ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขก็ต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย อีกทั้งต้องเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย นอกจากนั้นยังกำหนดให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขยึดถือหลักการรักษาความลับของผู้ป่วยต้องปิดเป็นความลับไม่เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย และยังคงปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเพราะเป็นสิทธิในชีวิตร่างกายของผู้ป่วยซึ่งล้วนแต่เป็นบทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของผู้ป่วยทั้งสิ้น

2.5 การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.5.1 การทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

2.5.1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ

เพศเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ศึกษาประเด็นนี้ให้ผลลัพธ์ที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่าเพศมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว การทบทวนวรรณกรรมนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การสังเคราะห์ผลการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจแนวโน้มและปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์นี้

งานศึกษาหลายชิ้นรายงานว่าการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ตัวอย่างเช่น Aung et al. (2009) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง และพบว่าเพศชายใช้บริการสุขภาพมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.038$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัศวรัตน์ คำหวน และปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติในอำเภอเชียงคน จังหวัดเลย ซึ่งพบว่าเพศชาย มีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าเพศหญิง ($p=0.001$)

อย่างไรก็ตามการศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง กลับให้ผลที่แตกต่างออกไปโดยพบว่าเพศหญิงมีค่าเฉลี่ยการเข้ารับบริการสุขภาพสูงกว่าเพศชาย ($p=0.037$) ในทำนองเดียวกัน กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่ และพบว่าเพศมีทิศทางความสัมพันธ์เชิงลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($R^2=0.157$, Coefficients=-0.136) ซึ่งหมายความว่าแรงงานเพศชายมีแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยกว่าเพศหญิง

ในทางตรงกันข้าม มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Peng et al. (2010) ในกรุงปักกิ่ง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ ($p=0.850$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ซึ่งศึกษากลุ่มแรงงานชาวไทยใหญ่ในตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ และพบว่าเพศไม่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p=0.467$)

ผลการศึกษาอื่น ๆ ที่ให้ข้อสรุปในลักษณะเดียวกัน ได้แก่ การศึกษาของ จิรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ($p=0.759$) และมาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติจากเมียนมา ลาว และกัมพูชาในจังหวัดสงขลา ซึ่งพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์

กับการเข้ารับบริการสุขภาพ (OR=0.50, p=0.241) นอกจากนี้ Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในภาคอีสานของประเทศไทย และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (OR=1.15, p=0.564) ขณะที่การศึกษาของ Shao et al. (2018) ในกรุงปักกิ่ง ก็ให้ผลลัพธ์ในทิศทางเดียวกัน (p=0.927)

2. อายุ

ปัจจัยด้านอายุมีบทบาทสำคัญต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาให้ข้อค้นพบที่หลากหลาย และบางครั้งขัดแย้งกัน บางการศึกษาพบว่าอายุส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ ในขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์แนวโน้ม และความสอดคล้องของผลการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจบทบาทของอายุในบริบทของแรงงานข้ามชาติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

หลายการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ เมื่ออายุเพิ่มขึ้นแรงงานมีแนวโน้มที่จะใช้บริการสุขภาพมากขึ้น การศึกษาของ กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($R^2=0.157$, Coefficients=-0.195) เช่นเดียวกับ ศศิวิมล ดีคำ และณัฐณิย์ มีมนต์ (2561) ที่พบว่าแรงงานข้ามชาติหญิงชาวพม่าที่อายุมากขึ้นมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (p=0.025)

นอกจากนี้การศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ (p=0.007) โดยกลุ่มอายุน้อยกว่า 30 ปีมีอัตราการเข้าถึงบริการมากกว่ากลุ่มอายุที่มากขึ้น ขณะที่การศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ในจังหวัดระยอง พบว่ากลุ่มอายุ 26-35 ปี มีค่าเฉลี่ยการเข้ารับบริการสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอายุ 18-25 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 45 ปี (p< 0.001)

ผลการศึกษาจากบริบทนานาชาติก็สนับสนุนแนวโน้มนี้เช่นกัน โดย Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในภาคอีสานของประเทศไทย (p=0.001) ขณะที่ Shao et al. (2018) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง และพบว่ากลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนการเข้ารับบริการสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ($X^2=14.937$, p=0.005)

ในทางกลับกัน งานวิจัยบางชิ้นไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นที่อาจมีบทบาทสำคัญกว่า เช่น นโยบายประกันสุขภาพ หรือ ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ การศึกษาของ ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ที่ศึกษาแรงงานไทยใหญ่ ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอายุไม่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ (p=0.423) เช่นเดียวกับการศึกษา

ของ อชวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์ (2559) ที่ไม่พบความแตกต่างด้านอายุของผู้ใช้บริการสุขภาพ ($p=0.574$) นอกจากนี้ มาริษา วุฒิกระพันธ์ (2566) ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ในจังหวัดสงขลา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p=0.745$) Peng et al. (2010) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง และพบว่าอายุไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ ($p=0.975$) และ Lee et al. (2014) ศึกษาแรงงานต่างด้าวชายในสิงคโปร์ พบว่าอายุไม่ส่งผลต่อการแสวงหาการรักษาพยาบาลในทุกช่วงวัย ($p=0.258$)

3. สถานภาพสมรส

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาที่ผ่านมายังให้ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ ขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังนั้นการทบทวนวรรณกรรมนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์แนวโน้มและความสอดคล้องของผลการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจบทบาทของสถานภาพสมรสในบริบทของแรงงานข้ามชาติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

หลายการศึกษาพบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยแรงงานข้ามชาติที่มีคู่สมรสมีแนวโน้มใช้บริการสุขภาพมากกว่าแรงงานที่ไม่มีคู่ การศึกษาของ ศศิวิมล ดีคำ และณัฐณิย์ มีมนต์ (2561) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติหญิงชาวพม่าในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรกอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.050$) โดยแรงงานที่แต่งงานแล้วมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าสถานะอื่น ๆ นอกจากนี้ การศึกษาของ Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในภาคอีสานของประเทศไทย พบว่าแรงงานข้ามชาติที่แต่งงานแล้วมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่โสดถึง 2.66 เท่า ($p<0.001$)

การศึกษาของ Böhme et al. (2015) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีคู่ชีวิตมักมีอิสระในการตัดสินใจด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีครอบครัว เนื่องจากไม่ต้องแบ่งปันทรัพยากรทางการเงินหรือเวลาให้กับสมาชิกในครอบครัว ทำให้สามารถใช้จ่ายด้านสุขภาพได้มากขึ้น และมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้บ่อยขึ้น Moullan and Jusot (2014) พบว่า แรงงานที่ไม่มีคู่ชีวิตมักพึ่งพาเครือข่ายทางสังคมนอกครอบครัว เช่น เพื่อนร่วมงานหรือชุมชนแรงงาน ซึ่งอาจให้ข้อมูลหรือแรงสนับสนุนเกี่ยวกับการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานที่มีครอบครัวซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านเวลาหรือแรงสนับสนุนจากคู่สมรส และ Davies et al. (n.d.) พบว่า แรงงานที่อาศัยอยู่คนเดียวอาจมีแนวโน้มที่จะใส่ใจสุขภาพของตนเองมากกว่าผู้ที่มีภาระครอบครัว เนื่องจากไม่มีผู้ดูแลหรือให้การสนับสนุนด้านสุขภาพในชีวิตประจำวัน

ในทางตรงกันข้ามงานวิจัยหลายชิ้นพบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เช่น การศึกษาของ กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p>0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ไม่พบความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มที่แต่งงานแล้ว และโสด ($p=0.206$) และการศึกษาของ ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ที่ศึกษาแรงงานไทยใหญ่ ในตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวไทใหญ่ ($X^2=27.857$, $p=0.366$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อัครวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้ารับบริการสุขภาพในกลุ่มสมรส และกลุ่มโสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ ($p=0.261$) และการศึกษาของ มาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ เมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา ค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพในกลุ่มโสด และมีคู่ ($OR=2.11$, $95\%CI=0.79-5.66$, $p=0.137$)

ผลการศึกษาในระดับนานาชาติยังสะท้อนแนวโน้มนี้ โดยการศึกษาของ Lee et al. (2014) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวชายในสิงคโปร์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการแสวงหาการรักษาพยาบาล ($p=0.729$) เช่นเดียวกับ Peng et al. (2010) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง และไม่พบความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มที่แต่งงาน และโสด ($p>0.05$) และ Shao et al. (2018) ในกรุงปักกิ่ง พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

4. สัญชาติ

สัญชาติมีบทบาทสำคัญต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมาให้ข้อค้นพบที่หลากหลาย และบางครั้งขัดแย้งกัน บางการศึกษาพบหลักฐานที่ชี้ว่า สัญชาติมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

การศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ($X^2=24.890$, $p<0.001$) โดยแรงงานข้ามชาติสัญชาติลาวมีอัตราการเข้าถึงบริการมากกว่าสัญชาติเมียนมา

การศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ในจังหวัดระยอง พบว่าสัญชาติมีความสัมพันธ์กับการใช้สิทธิประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ($p<0.001$) โดยแรงงานสัญชาติกัมพูชา มีอัตราการใช้บริการมากกว่าสัญชาติเมียนมา และลาว

Vargas Bustamante et al. (2012) พบว่า สถานะทางกฎหมายของแรงงานข้ามชาติ ที่มีสัญชาติช่วยให้สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ และสวัสดิการของรัฐได้ง่ายกว่าแรงงานที่ไม่มีสัญชาติ

ซึ่งอาจถูกจำกัดสิทธิในการใช้บริการสุขภาพ Castañeda et al. (2015) ยังพบว่า แรงงานที่มีสัญชาติ อาจมีโอกาสในการทำงานที่มั่นคงกว่า และได้รับค่าตอบแทนที่สูงกว่า ซึ่งช่วยลดอุปสรรคทางการเงิน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม แรงงานที่ไม่มีสัญชาติมักทำงานในภาคเศรษฐกิจ นอกระบบ ซึ่งไม่ได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพจากนายจ้าง และ Hacker et al. (2015) แรงงาน ที่มีสัญชาติอาจรู้สึกมั่นใจมากกว่าในการเข้ารับบริการสุขภาพ เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับระบบบริการสุขภาพ และไม่ต้องเผชิญกับอุปสรรคด้านภาษา และการเลือกปฏิบัติ ในทางกลับกัน แรงงานที่ไม่มีสัญชาติ อาจมีความกังวลเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมายของตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการสุขภาพ แม้ว่าจะมีความจำเป็นก็ตาม

นอกจากนี้ บรรเจิด สิงคะเนติ และธนุพนธ์ ทรงพระ (2560) ระบุว่า บุคคลไร้สัญชาติ ในประเทศไทยยังคงประสบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่มีการรับรองสิทธิ ในการรักษาพยาบาลอย่างชัดเจนในกฎหมายไทย แม้ว่าจะมีนโยบายขยายความคุ้มครองผ่านกองทุน ประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข แต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องเงื่อนไขการเป็นผู้ทรงสิทธิ และกระบวนการเข้าสู่สิทธิทำให้คนต่างด้าวจำนวนมากไม่สามารถเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลได้

ในทางกลับกัน มาริษา วุฒิกระพันธ์ (2566) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติในจังหวัดสงขลา Lee et al. (2014) ที่ศึกษาการแสวงหาการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวชายในสิงคโปร์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างสัญชาติ (อินเดีย บังกลาเทศ และเมียนมา) กับการใช้บริการสุขภาพ ($p=0.538$) และการศึกษาของ Shao et al. (2018) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติ กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ($X^2=3.347$, $p=0.188$) ในกลุ่มแรงงานที่มีสัญชาติต่างกัน

5. เชื้อชาติ

การศึกษาของ Shao et al. (2018) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างเชื้อชาติกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ($X^2=11.001$, $p=0.001$) แรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์มีโอกาสใช้บริการด้านสุขภาพน้อยกว่าชาวจีน

การศึกษาของ Vargas Bustamante et al. (2012) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไร้รัฐไร้สัญชาติ อาจมีแรงจูงใจสูงกว่าในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากพวกเขามักไม่มีสิทธิในการเข้าถึงสวัสดิการ ของรัฐอื่น ๆ เช่น การศึกษาหรือการจ้างงานที่มั่นคงทำให้บริการสุขภาพกลายเป็นทรัพยากรสำคัญ ที่แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสัญชาติพยายามเข้าถึงให้มากที่สุด

Hacker et al. (2015) พบว่า นโยบายของบางประเทศที่ให้สิทธิการรักษาพยาบาล แก่แรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียนอย่างถูกต้องอาจเป็นแรงจูงใจให้กลุ่มนี้เข้ารับบริการมากขึ้น เพื่อรักษาสถานการณ์ลงทะเบียน และหลีกเลี่ยงปัญหาด้านกฎหมาย

Zimmerman et al. (2011) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีเชื้อชาติเป็นชนชาติพันธุ์ อาจมีเครือข่ายทางสังคม และวัฒนธรรมที่เข้มแข็งกว่าซึ่งสามารถให้การสนับสนุนในเรื่องสุขภาพ ผ่านระบบชุมชนหรือแพทย์พื้นบ้าน ทำให้พวกเขามีแนวโน้มที่จะพึ่งพาการรักษาทางเลือกมากกว่า การใช้บริการสุขภาพภาครัฐหรือเอกชน

6. โรคประจำตัว

โรคประจำตัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาที่ผ่านมายังให้ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่าโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ ขณะที่บางการศึกษาไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ดังนั้น การทบทวนวรรณกรรมนี้มุ่งเน้นการวิเคราะห์แนวโน้ม และความสอดคล้องของผลการศึกษา เพื่อทำความเข้าใจ บทบาทของโรคประจำตัวในบริบทของแรงงานข้ามชาติให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

World Health Organization (2021) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีโรคประจำตัว มักมีสุขภาพที่ดีกว่าทำให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง และมีรายได้ที่มั่นคงกว่าแรงงาน ที่มีโรคประจำตัว อาจช่วยให้พวกเขามีศักยภาพในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรคประจำตัว Wagstaff et al. (2018) พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มเลื่อนการรับบริการสุขภาพเนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในแรงงานข้ามชาติ ที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือสวัสดิการที่ครอบคลุมเพียงพอ ดังนั้น แรงงานที่ไม่มีโรคประจำตัวอาจเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าเนื่องจากไม่มีภาระค่าใช้จ่ายสะสม จากการรักษาโรคเรื้อรัง Meng et al. (2012) พบว่า แรงงานที่มีโรคประจำตัวอาจหลีกเลี่ยงการไปพบแพทย์ หากอาการของโรคยังสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง หรืออาจพึ่งพาการรักษาแบบไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ยาสมุนไพรหรือยาที่หาซื้อได้เอง และBhugra (2004) พบว่า ความซับซ้อนของระบบประกันสุขภาพ และข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสำหรับแรงงานข้ามชาติอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้แรงงานที่มีโรคประจำตัว ลังเลที่จะใช้บริการ ในทางกลับกัน แรงงานที่ไม่มีโรคประจำตัวอาจเข้ารับบริการได้ง่ายขึ้น

จากการศึกษาของ Shao et al. (2018) ในกรุงปักกิ่ง พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัว มีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ($X^2=7.625$, $p=0.006$) ซึ่งอาจบ่งชี้ว่า ความเจ็บป่วยอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้แรงงานข้ามชาติตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ

ในทางกลับกันการศึกษาของ จิรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ($X^2=0.003$, $p=1.000$) ซึ่งอาจบ่งชี้ถึง อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ปัญหาทางด้านภาษา สถานะทางกฎหมาย หรือการขาดความรู้ เกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศไทย และการศึกษาของ อัศววัฒน์ คำหวาน และปัดพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559)

และ มาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยอาจจะสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเข้ารับบริการ

7. ประวัติการเจ็บป่วย

การศึกษาที่ดำเนินการโดย รัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) พบว่า หญิงบริการชาวลาวมักไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยกับการเข้ารับบริการสุขภาพ เนื่องจากพวกเธอมักประเมินอาการของตนเอง และเลือกที่จะซื้อยามารับประทานเองแทนการปฏิบัติ เช่นนี้ยังพบได้ในกลุ่มแรงงานสตรีไทใหญ่ ซึ่งสุสัณหา ยิ้มแย้ม (2555) ค้นพบว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย พวกเธอมักเลือกดูแลตนเองด้วยการซื้อยารับประทานเอง

ในทำนองเดียวกัน วิลาสิณี คีตวัฒนานนท์ และคณะ (2562) ได้ศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติ กัมพูชาที่ตลาดการค้าชายแดนช่องจอม จังหวัดสุรินทร์ และพบว่าแรงงานกลุ่มนี้มักปล่อยอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรงไว้โดยไม่ทำการรักษาหรือเยียวยาตนเอง อย่างไรก็ตามผลการศึกษาโดย Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) แสดงให้เห็นว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเจ็บป่วยกับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=2.79$, $95\%CI=1.75-4.43$, $p<0.001$) โดยแรงงานข้ามชาติที่มีประสบการณ์เจ็บป่วยมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 2.79 เท่า และในกรณีของการเจ็บป่วยรุนแรง Shao et al. (2018) พบว่า มีโอกาสใช้บริการสุขภาพเพิ่มขึ้นถึง 5.02 เท่า ($OR=5.023$, $95\%CI=2.468-10.272$, $p<0.001$) ซึ่งเป็นหลักฐานชัดเจนว่าการเจ็บป่วยรุนแรงมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพ

การศึกษาของ รัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) พบว่าแรงงานหญิงบริการชาวลาวจะพยายามรักษาตนเองก่อนที่จะไปพบแพทย์ในโรงพยาบาลเมื่ออาการเริ่มรุนแรงขึ้น เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับ การศึกษาของ สุสัณหา ยิ้มแย้ม (2555) พบว่าแรงงานสตรีไทใหญ่ จะเข้ารับบริการที่สถานบริการของรัฐเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น

สุดท้าย วิลาสิณี คีตวัฒนานนท์ และคณะ (2562) ยังระบุว่าแรงงานข้ามชาติกัมพูชา ในตลาดการค้าชายแดนช่องจอมจะใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐหรือเอกชนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยปานกลางถึงรุนแรงทำให้เห็นว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในแต่ละกลุ่มนั้นมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการเจ็บป่วย และการตัดสินใจดูแลตนเองในช่วงแรก

8. ดูแลตัวเองเป็นอันดับแรก

การศึกษาของ รัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) ที่ศึกษากลุ่มหญิงบริการชาวลาว ค้นพบว่า เมื่อเจ็บป่วยหญิงบริการกลับไม่ใช้สิทธินั้นเพื่อไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐแต่กลับเลือกที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเพื่อใช้บริการคลินิกเอกชนหรือซื้อยากินเองตามร้านขายยาแทน ในทางกลับกันการศึกษาของ มาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว

3 สัญชาติ เมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา ค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพด้วยวิธีการปล่อยให้หายเอง และซื้อยา/ไปคลินิก (OR=112.50, 95%CI=21.07-600.75, p=1.000)

9. ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

การศึกษาของ รัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) ที่ศึกษาในกลุ่มหญิงบริการชาวลาว ค้นพบว่า มีบุคคลดูแลเวลามีอาการป่วย มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพเนื่องจาก เจ้าของร้านเปรียบเสมือนผู้ดูแลโดยเจ้าของร้านแต่ละคนก็จะกำหนดบทบาทของตนเองที่มีต่อหญิงบริการแตกต่างกันออกไป เช่น พ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือพี่เลี้ยง สำหรับหน้าที่ของเจ้าของร้านที่มีต่อหญิงบริการ ได้แก่ จัดหาเรื่องที่พอกให้ ดูแลเรื่องอาหารการกิน ดูแลเรื่องความปลอดภัย การให้คำปรึกษาเรื่องดูแลสุขภาพ และพาไปโรงพยาบาล

Meyer et al. (2017) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีผู้ดูแลต้องพึ่งพาตนเองเมื่อเจ็บป่วยทำให้พวกเขาต้องตัดสินใจเข้ารับบริการสุขภาพโดยตรงโดยไม่ต้องรอคำแนะนำหรือการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

Suphanchaimat et al. (2019) พบว่า แม้ว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีผู้ดูแลอาจเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ด้านภาษา และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจแต่การไม่มีผู้ดูแลอาจกระตุ้นให้พวกเขาหาข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพ และตัดสินใจไปสถานพยาบาลโดยเร็วขึ้นเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยไม่ปล่อยให้อาการทรุดลง

De Vito et al. (2016) กล่าวว่า แรงงาน ที่มีผู้ดูแลอาจมีแนวโน้มที่จะพึ่งพาการดูแลจากบุคคลใกล้ชิด เช่น ญาติหรือเพื่อน ซึ่งอาจทำให้พวกเขาชะลอการเข้ารับบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม แรงงานที่ไม่มีผู้ดูแลอาจไม่มีทางเลือกนอกจากไปพบแพทย์เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลเบื้องต้น

Wickramage et al. (2018) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีผู้ดูแลอาจมีแนวโน้มที่จะรอให้ผู้ดูแลช่วยตัดสินใจ หรืออาจได้รับคำแนะนำให้ใช้การรักษาแบบไม่เป็นทางการก่อน เช่น การซื้อยาจากร้านขายยา หรือใช้วิธีรักษาพื้นบ้านส่งผลให้พวกเขาชะลอการไปพบแพทย์ในขณะที่แรงงานที่ไม่มีผู้ดูแลอาจมีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการสุขภาพเร็วกว่าหากอาการป่วยส่งผลกระทบต่อการทำงานของพวกเขารวมทั้งโดยตรง

2.5.1.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ที่พักอาศัย

หลายการศึกษาได้ให้ความสนใจกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะที่อยู่อาศัยของแรงงานข้ามชาติกับการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยพบผลลัพธ์ที่แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและเศรษฐกิจของแต่ละพื้นที่

งานวิจัยของ วิลาสินี คีตวัฒนานนท์ และคณะ (2562) ซึ่งศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติ กัมพูชาที่ตลาดการค้าชายแดนช่องจอม จังหวัดสุรินทร์ พบว่าแรงงานที่มีบ้านหรือห้องพักเป็นของตนเอง มีแนวโน้มเลือกใช้บริการสุขภาพจากโรงพยาบาลของรัฐ สถานีนอนามัย หรือโรงพยาบาลเอกชน และคลินิกมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

ในทำนองเดียวกัน Aung et al. (2009) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างที่อยู่อาศัยกับการใช้บริการสุขภาพ ($p < 0.001$) โดยแรงงานที่พักอาศัยในที่ทำงานมีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพมากที่สุด

ผลการศึกษาของ Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ซึ่งศึกษาแรงงานต่างด้าวในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยพบว่าแรงงานที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือนายจ้างมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่าแรงงานที่อาศัยอยู่ตามลำพังถึง 0.40 เท่า ($OR=0.40$, $95\%CI=0.25-0.64$, $p < 0.001$)

ในทางกลับกันการศึกษาของ มาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ซึ่งศึกษาแรงงานข้ามชาติ จากเมียนมา ลาว และกัมพูชาในจังหวัดสงขลา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างที่อยู่อาศัยกับการใช้บริการด้านสุขภาพ ($OR=1.55$, $95\%CI=0.53-4.54$, $p=0.423$) และการศึกษาของ Shao et al. (2018) ในกรุงปักกิ่ง ก็ให้ข้อค้นพบในทิศทางเดียวกัน โดยไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของที่พักอาศัยกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ($X^2=0.806$, $p=0.421$) ในกลุ่มที่มีบ้านเป็นของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เช่าบ้าน

2.5.1.3 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม

1. ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตามงานวิจัยในบริบทต่าง ๆ พบผลลัพธ์ที่หลากหลาย โดยบางการศึกษาระบุว่าการศึกษาคือปัจจัยส่งเสริมการเข้ารับบริการสุขภาพ ขณะที่งานวิจัยบางชิ้นไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

งานวิจัยของ กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ซึ่งศึกษาแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($R^2=0.157$, $F=7.252$, $Coefficients=0.081$) โดยแรงงานที่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา ในทำนองเดียวกันการศึกษาของ จิรพรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ ในอำเภอปากพะนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างระดับการศึกษากับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2=20.532$, $p < 0.001$) โดยผู้ที่ได้รับการศึกษามีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยหลายชิ้นกลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว ตัวอย่างเช่น Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ศึกษาแรงงานต่างด้าวในภาคอีสานของประเทศไทย พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($OR=0.86$, $95\%CI=0.55-1.36$, $p=0.526$) เช่นเดียวกับ ผลการศึกษาของ ชาย ชาญ หนู่ม และคณะ (2561) ในแรงงานไทยใหญ่ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2=45.000$, $p=0.235$) ขณะที่งานของ อัครวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบุญ (2559) ซึ่งศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p=0.091$)

ในระดับนานาชาติ งานศึกษาของ Lee et al. (2014) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวชาย ในสิงคโปร์ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการแสวงหาการรักษาพยาบาล ($p=0.606$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Shao et al. (2018) ในกรุงปักกิ่ง ที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2=0.833$, $p=0.842$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาไปจนถึงระดับปริญญาโท และการศึกษาของ Peng et al. (2010) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่งซึ่งพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับพฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ

2. อาชีพ

อาชีพเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้นำเสนอข้อค้นพบที่แตกต่างกัน โดยบางการศึกษาพบว่าอาชีพส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพขณะที่บางการศึกษากลับไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

งานวิจัยของ Aung et al. (2009) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยแรงงานที่ทำงานภาคเกษตรกรรมมีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น ๆ ข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ซึ่งศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช และพบว่าแรงงานที่ทำงานภาคเกษตรกรรมมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ทำงานในโรงงาน ($X^2=19.499$, $p<0.001$)

ในทางกลับกัน อัครวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบุญ (2559) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย และพบว่าแรงงานที่ทำงานนอกภาคเกษตรมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานที่ทำงานภาคเกษตร ($p=0.003$) เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ที่พบว่าแรงงานในภาคอุตสาหกรรม และก่อสร้างมีการใช้บริการสุขภาพสูงกว่าแรงงานในภาคเกษตรกรรม และแรงงานทั่วไป ($p<0.001$)

อย่างไรก็ตาม มีงานวิจัยหลายชิ้นที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ตัวอย่างเช่น Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในภาคอีสานของประเทศไทย และพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนระหว่างอาชีพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($OR=0.70$, $95\%CI=0.41-1.18$, $p=0.191$) นอกจากนี้การศึกษาของ กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ในจังหวัดเชียงใหม่ ก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($R^2=0.157$, $F=7.252$, $Coefficients=-0.036$) ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ซึ่งศึกษาแรงงานไทยใหญ่ในอำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ และของ Peng et al. (2010) ซึ่งศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง ต่างก็ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพ

3. ระยะเวลาการประกอบอาชีพ

ระยะเวลาการทำงาน และการอาศัยอยู่ในประเทศปลายทางเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องนี้ได้ให้ข้อค้นพบที่แตกต่างกัน โดยบางการศึกษาชี้ว่าระยะเวลาที่นานขึ้นช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้ารับบริการสุขภาพ ขณะที่บางการศึกษาพบว่า การเข้ารับบริการสุขภาพลดลงเมื่อแรงงานทำงานนานขึ้น

งานวิจัยของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช และพบว่าระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2=22.826$, $p<0.001$) โดยแรงงานที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยระยะเวลา 1-5 ปีมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่อยู่ในประเทศไทยเป็นเวลา 6 ปีขึ้นไป ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ อังษวณน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์ (2559) ซึ่งศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอเชียงคน จังหวัดเลย และพบว่าแรงงานที่ทำงานน้อยกว่า 3 ปีมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าแรงงานที่ทำงานเกิน 3 ปี ($p<0.001$)

ในทำนองเดียวกัน กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ศึกษาแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่ และพบว่าระยะเวลาการทำงานมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($R^2=0.157$, $F=7.252$, $Coefficients=-0.011$) หมายความว่าเมื่อระยะเวลาการทำงานเพิ่มขึ้นทุกปี แรงงานต่างด้าวมิแนวโน้มที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพลดลง

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยของ มาริษา วุฒิกระพันธ์ (2566) ซึ่งศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ (เมียนมา ลาว และกัมพูชา) ในจังหวัดสงขลา พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยมากกว่า 3 ปี มีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศน้อยกว่า 3 ปี ถึง 8.74 เท่า ($OR=8.74$, $95\%CI=1.95-39.09$, $p=1.000$) ซึ่งแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยอื่น ๆ ที่กล่าวข้างต้น

4. รายได้ต่อเดือน

รายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยงานวิจัยหลายชิ้นพบว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่ามักจะเข้ารับบริการสุขภาพได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม มีบางการศึกษาที่พบว่าความสัมพันธ์นี้ไม่ชัดเจนหรือไม่มีความสัมพันธ์เลย

การศึกษาของ จิรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช และพบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2=5.695$, $p=0.017$) โดยกลุ่มที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือน สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท สอดคล้องกับ อัศววัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย และพบว่าแรงงานที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาท ($p<0.001$) และเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ วิลาสิณี ศีตวัฒนานนท์ และคณะ (2562) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติกลุ่มพู่ชาในตลาดการค้าชายแดนช่องจอม จังหวัดสุรินทร์ และพบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ($p<0.05$)

ในส่วนของการศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ศึกษาแรงงานต่างด้าว ในจังหวัดระยอง และพบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,001 บาทต่อเดือนมีค่าเฉลี่ยการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า ผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 10,001 บาท ($p<0.001$) คล้ายคลึงกับ รัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) ที่ศึกษาหญิงบริการชาวลาว และพบว่าผู้มีรายได้ที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้มีโอกาสเข้าถึง บริการสุขภาพมากขึ้นซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว ในจังหวัดระยอง ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ต่อเดือนกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p<0.001$) โดยที่กลุ่มรายได้มากกว่า 10,001 บาทต่อเดือนมีค่าเฉลี่ยการเข้ารับบริการสุขภาพ มากกว่ากลุ่มรายได้ต่ำกว่า 10,001 บาทต่อเดือน

แต่บางการศึกษากลับพบว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้การเข้ารับบริการสุขภาพลดลง การศึกษาของ Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในภาคอีสาน ของไทย พบว่าแรงงานที่มีรายได้มากกว่า 9,000 บาทต่อเดือนมีโอกาเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่า กลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 9,000 บาท ($OR=0.45$, $95\%CI=0.25-0.81$, $p<0.001$)

ในทางกลับกันในหลายการศึกษากลับพบว่ารายได้นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับ การเข้ารับบริการสุขภาพเหมือนกับ กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ศึกษาแรงงานต่างด้าว ในเชียงใหม่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($R^2=0.157$, $F=7.252$, $Coefficients=-7.988$)

และ ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ศึกษาแรงงานไทยใหญ่ในอำเภอหางดงจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2=12.917$, $p=0.454$) ซึ่งคล้ายคลึงกับ มาริชา วุฒิกระพันธ์ (2566) ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติในจังหวัดสงขลา พบว่าไม่มีความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างผู้มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ($OR=1.47$, $95\%CI=0.17-12.67$, $p=0.726$) และ Shao et al. (2018) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในปักกิ่ง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2=5.753$, $p=0.056$)

2.5.1.4 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

1. สิทธิการรักษาพยาบาล

การศึกษาของ Aung et al. (2009) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพกับการไปสถานบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.007$) โดยบุคคลที่ไม่มีประกันสุขภาพมีการไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีประกันสุขภาพ

การศึกษาของ รัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) ที่ศึกษาในกลุ่มหญิงบริการชาวลาว ค้นพบว่า ซื้อประกันสุขภาพตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทำให้หญิงบริการสามารถเข้าถึงสิทธิตามนโยบายหลักประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติที่รัฐกำหนดให้

การศึกษาของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวลาว ในภาคการผลิตเกษตรกรรมของภาคอีสาน ค้นพบว่า แรงงานข้ามชาติชาวลาวที่อยู่ในพื้นที่ขอนแก่น มีสวัสดิการและได้รับสิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่สถานบริการของรัฐและเอกชน

การศึกษาของ มาริชา วุฒิกระพันธ์ (2566) ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ เมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

การศึกษาของ ศศิวิมล ดีคำ และณัฐณีย์ มั่นมนต์ (2561) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติหญิงชาวม้งในจังหวัดสมุทรสาคร ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาลกับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรก และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Coefficients=-0.276, $t=-2.881$, $p=0.004$) โดยการมีสิทธิรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น 1 หน่วย ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับบริการสุขภาพลดลง 0.276 หน่วย

การศึกษาของ Peng et al. (2010) ที่ศึกษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพกับพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=2.450$, $X^2=10.106$, $p=0.001$) โดยกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีการมีประกันสุขภาพมีแนวโน้มที่จะแสวงหาบริการด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพถึง 2.45 เท่า

การศึกษาของ วิลาสินี คีตพัฒนานนท์ และคณะ (2562) ศึกษาแรงงานข้ามชาติกัมพูชาที่ตลาดการค้าชายแดนช่องจอมจังหวัดสุรินทร์ ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพ

การศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2 = 0.000$, $p < 0.448$) ในกลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล และมีสิทธิการรักษาพยาบาล

การศึกษาของ Lee et al. (2014) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวชายที่ในสิงคโปร์ ค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพกับการแสวงหาการรักษาพยาบาล ($p = 0.538$) ในกลุ่มมีประกันสุขภาพ และไม่มีประกันสุขภาพ

การศึกษาของ Shao et al. (2018) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง ค้นพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสิทธิประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ($X^2 = 0.820$, $p = 0.199$) ในกลุ่มมีประกันสุขภาพ และไม่มีประกันสุขภาพ

2. ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง

การศึกษาของ Aung et al. (2009) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติในจังหวัดระยอง ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างค่ารักษาพยาบาลกับการไปสถานบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.004$) โดยสถานบริการสุขภาพที่มีค่ารักษาพยาบาลที่ไม่แพงจะมีการไปใช้บริการมากกว่าสถานบริการสุขภาพที่มีราคาแพง

การศึกษาของ Vargas Bustamante et al. (2012) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพหรือมีรายได้เพียงพอมักจะใช้บริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีหลักประกันทางสุขภาพ Levesque et al. (2013) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของบริการสุขภาพ และความสามารถในการจัดการกับค่าใช้จ่ายบริการสุขภาพ และ Ku and Matani (2001) พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ต้องพึ่งพาบริการสุขภาพเอกชนมีแนวโน้มใช้บริการมากกว่าผู้ที่ต้องรอรับบริการจากระบบสาธารณสุขที่อาจมีข้อจำกัดเรื่องเวลารอคอย

3. การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ

การศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการทราบสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2 = 26.796$, $p < 0.001$) โดยผู้ที่ทราบสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ทราบสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ

การศึกษาของ Khongthanachayopit and Laohasiriwong (2017) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในภาคอีสานของประเทศไทย ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องบัตรประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR=0.52$, $95\%CI=0.31-0.87$, $p<0.01$) โดยที่แรงงานข้ามชาติที่มีความรู้เรื่องบัตรประกันสุขภาพมีโอกาสที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อยกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีความรู้เรื่องบัตรประกันสุขภาพ 0.52 เท่า

การศึกษาของ เบญจพร ทองมาก และวรัญญู มิตรทอง (2564) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวและบุคลากร ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร ค้นพบว่า แรงงานต่างด้าวไม่ทราบสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพของตนเองเท่าที่ควร เนื่องจากไม่มีช่องทางในการรับรู้สิทธิประโยชน์ และแรงงานต่างด้าวบางส่วนไม่มีความสนใจในการรับรู้สิทธิประโยชน์ของตนเอง เนื่องจากคิดว่าต้องการอยู่ในประเทศไทยเพื่อทำงานหารายได้เท่านั้น

4. แหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ

การศึกษาของ ดุษฎี อายุวัฒน์ และคณะ (2556) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวลาวในภาคการผลิตเกษตรกรรมของภาคอีสาน ค้นพบว่า แรงงานข้ามชาติมีการแสวงหาข้อมูลเพื่อการดูแลตนเองผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน โทรศัพท์ สถานีอนามัย และโรงพยาบาล

การศึกษาของ รัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) ที่ศึกษาในกลุ่มหญิงบริการชาวลาว ค้นพบว่า เมื่อหญิงบริการเจ็บป่วยก็มักจะศึกษาหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองก่อนจากสื่อต่างๆ อาทิเช่น อินเทอร์เน็ต วิทยุ และโทรทัศน์ หนังสือหรือวารสาร เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้ หญิงบริการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้

โดยสรุปแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยครอบคลุมบริบททางภูมิศาสตร์ ประวัติศาสตร์ การปกครอง เศรษฐกิจ การคมนาคม ตลอดจนทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีอุปสงค์-อุปทานแรงงาน ทฤษฎีการย้ายถิ่น ทฤษฎีปัจจัยผลักดันและดึงดูด รวมถึงแนวคิดเรื่องการเข้ารับบริการสุขภาพที่แบ่งออกเป็นมิติต่าง ๆ ได้แก่ ความเพียงพอของบริการ ความสามารถในการเข้าถึงความสะดวก ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับคุณภาพของบริการ ทั้งยังกล่าวถึงอุปสรรคทั้งในระดับบุคคล สังคม และองค์กร รวมถึงการประเมินการเข้ารับบริการสุขภาพ เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์และอธิบายพฤติกรรมของแรงงานข้ามชาติในการใช้บริการสุขภาพในพื้นที่ชายแดน

บทที่ 3

ระเบียบการวิจัย และวิธีดำเนินการ

ระเบียบวิธีวิจัย และวิธีดำเนินการของการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่การวิจัย
- 3.3 ระยะเวลาในการวิจัย
- 3.4 ประชากรในการวิจัย
- 3.5 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
- 3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.10 จริยธรรมการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” ครั้งนี้ใช้วิธีการในรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Design) โดยทำการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

3.2 พื้นที่การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในพื้นที่ครอบคลุม 87 หมู่บ้าน ใน 8 ตำบลของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

3.3 ระยะเวลาในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาดังแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2567 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568 ระยะเวลาวิจัยรวมทั้งสิ้น 6 เดือน

3.4 ประชากรในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพทุกประเภท อย่างถูกต้องตามกฎหมายโดยมีผู้ประกอบการเป็นผู้จ้างงาน ในพื้นที่ 8 ตำบลของอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย จำนวนทั้งสิ้น 9,893 ราย (สำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงราย, 2566)

3.5 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

การวิจัยนี้มีกลุ่มตัวอย่าง คือ แรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากกลุ่มประชากรทั้งสิ้น 9,893 ราย (สำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงราย, 2566)

โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ Cochran (1948) ที่ค่าระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 0.05 สามารถแสดงการคำนวณ ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{\frac{E^2}{Z^2} + \frac{P(1-P)}{N}}$$

โดยที่ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของกลุ่มประชากร

P = สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม (ใช้สัดส่วนร้อยละ 30 หรือ 0.30)

Z = ระดับความเชื่อมั่นที่หรือระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

E = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ของการสุ่มเท่ากับ 0.05

แทนค่าจากสมการ

$$n = \frac{0.3(1-0.3)}{\frac{(0.05)^2}{(1.96)^2} + \frac{0.3(1-0.3)}{9,893}}$$

$$n = 312.50 \approx 313 \text{ ราย}$$

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรการคำนวณของ Cochran (1948) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 313 ราย ผู้วิจัยจึงทำการคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อทดแทนการตอบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์เป็นจำนวนทั้งสิ้น 330 ราย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า และเกณฑ์การคัดออกของการวิจัย ดังนี้

1. เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

- 1) แรงงานข้ามชาติ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 60 ปี ทั้งชาย และหญิง
- 2) มีบัตรแรงงานข้ามชาติที่ถูกต้องตามกฎหมาย
- 3) ประกอบอาชีพอยู่ในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
- 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

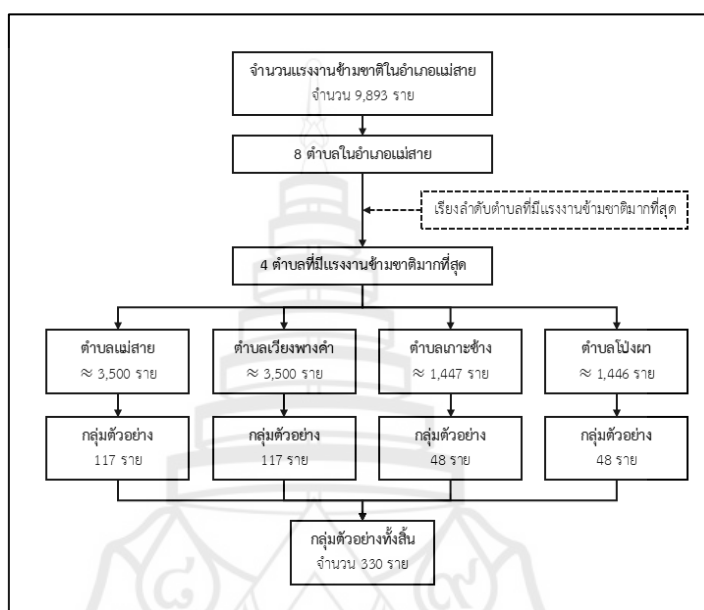
2. เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

- 1) ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในแบบสอบถาม
- 2) เป็นผู้พิการทางการมองเห็น การได้ยิน การสื่อสาร และการเคลื่อนไหว

3. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ได้จำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงรายปี 2566 ซึ่งมีการอัปเดตข้อมูลล่าสุดภายใน 6 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูลจำนวนประชากรแรงงานข้ามชาติทั้งสิ้น 9,893 ราย จากทั้งหมด 8 ตำบลในอำเภอแม่สาย และคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Cochran (1948) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ที่ค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 และคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 5 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 330 ราย จากนั้นดำเนินการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยทำการคัดเลือกจากการเรียงลำดับ 4 ตำบลที่มีแรงงานข้ามชาติมากที่สุด ได้แก่ ตำบลแม่สายประมาณ 3,500 ราย ตำบลเวียงพางคำประมาณ 3,500 ราย ตำบลเกาะช้างประมาณ 1,447 ราย และตำบลโป่งผาประมาณ 1,446 ราย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

(Simple Random Sampling) และมีการเก็บข้อมูลเพื่อโดยในตำบลแม่สายและตำบลเวียงพางคำ เก็บตำบลละ 125 ราย ในส่วนของตำบลเกาะช้างและโป่งผาเก็บตำบลละ 60 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างที่เก็บจริงทั้งสิ้นจำนวน 370 ราย แต่มีเพียง 330 รายที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกเพื่อใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังแสดงในภาพที่ 3.1 และตารางที่ 3.1



ภาพที่ 3.1 ขั้นตอนวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 3.1 สัดส่วนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ตำบล	จำนวนประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนที่เก็บจริง
ตำบลแม่สาย	≈ 3,500	110	125
ตำบลเวียงพางคำ	≈ 3,500	110	125
ตำบลเกาะช้าง	≈ 1,447	55	60
ตำบลโป่งผา	≈ 1,446	55	60
รวม	9,893	330	370

3.6 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการจัดทำแบบสอบถามจากการทบทวนวรรณกรรม จากงานวิจัย และแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากนั้นนำมาพัฒนาให้เหมาะสมกับพื้นที่อำเภอแม่สาย และใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และประกอบอาชีพอย่างถูกต้องตามกฎหมายในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

3.6.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ เชื้อชาติ ศาสนา การศึกษา สิทธิการรักษาพยาบาล อาชีพ ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ที่พักอาศัย และสถานะสุขภาพ ซึ่งลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ จำนวน 31 ข้อ

3.6.2 ส่วนที่ 2 การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วยประเด็นคำถามทั้งสิ้น 48 ข้อ จำแนกดังนี้ ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ 21 ข้อ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ 5 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพ 6 ข้อ ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ 4 ข้อ และด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ 12 ข้อ ซึ่งลักษณะข้อคำถามทั้งหมด มีลักษณะข้อความเชิงบวก แบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยมีคำอธิบายและการให้คะแนน ดังนี้

มากที่สุด	5 คะแนน	หมายถึง	ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าถึงกับข้อคำถามอย่างมากที่สุด
มาก	4 คะแนน	หมายถึง	ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าถึงกับข้อคำถามอย่างมาก
ปานกลาง	3 คะแนน	หมายถึง	ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าถึงกับข้อคำถามปานกลาง
น้อย	2 คะแนน	หมายถึง	ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าถึงกับข้อคำถามอย่างน้อย
น้อยที่สุด	1 คะแนน	หมายถึง	ผู้ถูกสัมภาษณ์เข้าถึงกับข้อคำถามอย่างน้อยที่สุด

การประเมินผลการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ 5 ด้านของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยผู้วิจัยได้ใช้มาตราส่วน Rating Scale ของ Likert (2017) 3 ระดับ เป็นมาตรวัด ใช้คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างจากการรวบรวมข้อมูล และแจกแจงความถี่ ซึ่งแบ่งข้อมูล ด้านการเข้ารับสุขภาพ 5 ด้าน โดยแบ่งค่าพิสัย 3 ระดับ การกำหนดระดับคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการแบ่งระดับข้างต้นในด้านต่าง ๆ ระดับของค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ในเรื่องความสอดคล้องสามารถบ่งบอก ระดับของการเข้ารับบริการสุขภาพ ดังตารางที่ 3.2

ตารางที่ 3.2 การแสดงค่าเฉลี่ย และระดับการเข้ารับบริการสุขภาพ

ค่าคะแนนเฉลี่ย	ระดับการเข้ารับบริการสุขภาพ
3.51 - 5.00	มาก
2.51 - 3.50	ปานกลาง
1.00 - 2.50	น้อย

3.7 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพัฒนาแบบสอบถามเพื่อใช้ในการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” โดยจัดทำแบบสอบถามจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในรอบแนวคิดครั้งนี้ ได้แก่ แนวคิดการเข้ารับบริการสุขภาพจากบทความเอกสารทางวิชาการ วิทยานิพนธ์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำมาประยุกต์ให้เหมาะสมกับคำถามงานวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการที่จะศึกษา ดังนี้

3.7.1 การทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Validity)

ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) ให้มีความสอดคล้องระหว่าง ข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ความเหมาะสม ความถูกต้องครบถ้วนของแบบสอบถาม ความครอบคลุมสอดคล้องภาษาที่ใช้ จากนั้นจึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา มีการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (Index of Item-objective Congruence : IOC) โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังตารางที่ 3.3

ตารางที่ 3.3 เกณฑ์การให้คะแนนเพื่อประกอบการคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย

คะแนน	แปลผล
+1	ข้อคำถามวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
0	ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์
-1	ข้อคำถามวัดไม่ตรงตามวัตถุประสงค์

หลังจากที่ผู้เชี่ยวชาญได้ทำการตรวจสอบ และพิจารณาให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยจึงนำคะแนนในแต่ละข้อคำถามมาคำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และความสอดคล้อง ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างคำถามกับจุดมุ่งหมายของการวิจัย (Index of Item-objective Congruence : IOC) ที่มีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ถือว่ายอมรับได้โดย มีวิธีการคำนวณจากสูตรของ Rovinelli and Hambleton (1976) ดังนี้

$$IOC = \frac{\sum R}{N}$$

โดยที่ IOC คือ ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับแบบสอบถาม
 $\sum R$ คือ ผลรวมของคะแนนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ
 N คือ จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยคำนวณค่า IOC พบว่ามีค่าระหว่าง 0.33-1.00 หมายความว่า ข้อคำถามนั้นวัดได้ตรงจุดประสงค์ แต่มีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงเนื้อหาในหัวข้อ อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามอีกครั้ง จากนั้นจึงส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ความถูกต้อง และนำไปทดลองใช้

3.7.2 การทดสอบความน่าเชื่อถือ หรือความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขจากคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ จำนวน 30 ชุด โดยเลือกทำแบบทดสอบกับกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีความใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอยู่ในพื้นที่อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีของครอนบาค (Cronbach, 1947) เพื่อทดสอบ ข้อคำถามแต่ละข้อ ในแบบสอบถามว่าสามารถสื่อความหมายตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ หรือไม่แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขให้เกิดความชัดเจน และครอบคลุม ซึ่งผลจากการทดสอบ ได้ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยการใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient; α) ดังนี้

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

โดยที่ α คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา
 n คือ จำนวนข้อคำถาม
 Si^2 คือ ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามเป็นรายข้อ
 St^2 คือ ค่าความแปรปรวนของแบบสอบถามทั้งฉบับ

ซึ่งการประเมินความเที่ยงของสัมประสิทธิ์แอลฟาได้มีการพิจารณาจากเกณฑ์ การประเมิน ความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังตารางที่ 3.4

ตารางที่ 3.4 เกณฑ์การประเมินความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ค่าความเชื่อมั่น	ระดับความเชื่อมั่น	การนำไปใช้
0.80 – 1.00	สูงมาก	ใช้ได้ดีมาก
0.70 – 0.79	สูง	ใช้ได้ดี
0.50 – 0.69	ปานกลาง	พอใช้
0.40 – 0.49	ต่ำ	ไม่ควรใช้
ต่ำกว่า 0.30	ต่ำมาก	ใช้ไม่ได้

หลังจากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามภาพรวมทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.93 หมายความว่า แบบสอบถามฉบับนี้มีความเชื่อมั่นที่สามารถใช้เก็บข้อมูลงานวิจัยได้

3.8 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” ผู้วิจัยได้แบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะสรุปผลการดำเนินการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.8.1 ระยะเตรียมการ

3.8.1.1 การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยมีการยื่นขอรับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงก่อนการเก็บข้อมูลในพื้นที่

3.8.1.2 การขออนุญาตหน่วยงานในพื้นที่

ผู้วิจัยได้ดำเนินการทำหนังสือที่ออกโดยมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงถึงหน่วยงานในพื้นที่ เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

3.8.1.3 การออกแบบและตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถามในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ประกอบอาชีพถูกต้องตามกฎหมาย ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย และมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มจริง เพื่อทดสอบความเข้าใจ ความชัดเจน และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

3.8.1.4 การวางแผนจัดทีมเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้คัดเลือก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนชายแดน (อสชช.) ที่มีทักษะการเขียน การอ่าน และการสื่อสารภาษาเดียวกันกับแรงงานข้ามชาติ เพื่อความถูกต้อง ครบถ้วน และป้องกันข้อผิดพลาดทางการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยกับกลุ่มตัวอย่างขณะที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และผู้วิจัยได้อบรมผู้ช่วยเก็บข้อมูลให้มีความเข้าใจในเนื้อหาของแบบสอบถามรวมถึงวิธีการสอบถามและจริยธรรมในการวิจัย

3.8.2 ระยะดำเนินการ

3.8.2.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากการเรียงลำดับ 4 ตำบล ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่สุด ได้แก่ ตำบลแม่สาย ตำบลเวียงพางคำ ตำบลเกาะช้าง และตำบลโป่งผา จากนั้นสุ่มตัวอย่างในแต่ละตำบลด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

3.8.2.2 การดำเนินการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในแรงงานข้ามชาติที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ประกอบอาชีพถูกต้องตามกฎหมาย โดยมีระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10-15 นาที สถานที่ อนุญาตให้ตอบแบบสอบถามที่บ้านของแต่ละหมู่บ้านหรือหอพัก บ้านเช่าของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และเก็บข้อมูลในจันทร์ถึงวันศุกร์ (หลังเวลาเลิกงาน) วันหยุดสุดสัปดาห์ (เสาร์ อาทิตย์) เพื่อไม่เป็นการรบกวนเวลาทำงานของแรงงานข้ามชาติ และมีการให้ค่าตอบแทนอาสาสมัครทันที หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นเป็นเงิน 20 บาทต่อ 1 รายต่อการตอบแบบสอบถาม 1 ชุด

3.8.2.3 การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล

หลังจากที่ผู้ช่วยเก็บข้อมูลได้เก็บแบบสอบถามเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความครบถ้วนของแบบสอบถามก่อนรับกลับ และบันทึกข้อมูลเบื้องต้น เช่น การให้รหัสแบบสอบถาม

3.8.3 ระยะสรุปผลการดำเนินการ

3.8.3.1 การบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

ผู้วิจัยได้ดำเนินการกรอกข้อมูลจากแบบสอบถามลงในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป (SPSS Version 26) และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (Data Cleaning) เช่น ตรวจสอบค่าผิดปกติ (Outliers) หรือช่องว่าง (Missing Data) เพื่อให้ได้ชุดข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ

3.8.3.2 การสรุปจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและการตอบกลับ

หลังจากที่ลงข้อมูลในโปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูปเสร็จสิ้นผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามที่แจก จำนวนที่ได้รับกลับ และจำนวนที่สามารถใช้วิเคราะห์ได้จริง

3.8.3.3 การจัดเก็บเอกสารและข้อมูลอย่างปลอดภัย

ผู้วิจัยได้จัดเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัยตามหลักจริยธรรม เช่น รหัสแทนชื่อ ไม่เปิดเผยตัวตนของผู้ให้ข้อมูล และเก็บแบบสอบถามไว้อย่างมิดชิด

3.9 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.9.1 การใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic)

เพื่อบรรยายถึงลักษณะชุดข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percent) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และช่วงระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IQR)

3.9.2 การใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic)

เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Extract Test) และวิเคราะห์ความน่าจะเป็นของตัวแปรต้นใดที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตาม และพยากรณ์ผลลัพธ์ของตัวแปรตามจากตัวแปรต้นด้วยการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Binary Logistic Regression)

ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมานผู้วิจัยได้ทำการแบ่งการเข้ารับบริการด้านสุขภาพออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเข้ารับบริการกับกลุ่มไม่เข้ารับบริการ โดยแบ่งตามค่ากลางของข้อมูล จากนั้นจึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูล ดังตารางที่ 3.5

ตารางที่ 3.5 การแบ่งกลุ่มการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

ค่าเฉลี่ย	การเข้ารับบริการสุขภาพ
2.51 - 5.00	เข้ารับบริการ
1.00 - 2.50	ไม่เข้ารับบริการ

หมายเหตุ เกณฑ์การแบ่งระหว่างเข้ารับบริการและไม่เข้ารับบริการด้วยวิธีการแยกข้อมูลด้วยค่ามัธยฐาน โดยอ้างอิงจากตารางที่ 3.1 ที่แสดงระดับของการเข้ารับบริการสุขภาพโดยที่ ระดับมาก และปานกลาง แปลผลว่า เข้ารับบริการ และระดับน้อย แปลผลว่า ไม่เข้ารับบริการ

ที่มา Iacobucci et al. (2015)

3.10 จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย โดยอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ EC 24072-18 ลงวันที่ 5 สิงหาคม 2567 โดยผู้วิจัยจะขอความยินยอมก่อนเก็บข้อมูล และรับรองว่าจะรักษาความลับของข้อมูล เผยเฉพาะในรูปแบบสรุปผลวิจัยเท่านั้น



บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” ได้มีการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยมาทำการวิเคราะห์ รวมทั้งนำเสนอผลการศึกษามาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.2 ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

4.2 การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

4.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

4.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

4.4 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

4.5 การวิเคราะห์ปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

4.1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.91 และเพศชายร้อยละ 29.09 โดยกลุ่มอายุที่พบมากที่สุดอยู่ระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 34.24 และมีอายุเฉลี่ย 43 ปี ด้านสถานภาพสมรส พบว่าร้อยละ 67.88 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีคู่ชีวิต และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 93.03 มีระยะเวลาการทำงานเฉลี่ย 9.98 ปี โดยร้อยละ 72.12 ทำงานมาแล้วไม่เกิน 15.5 ปี ในแง่ของสถานะทางเศรษฐกิจพบว่าร้อยละ 70.00 ของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท

ด้านการศึกษาพบว่าร้อยละ 83.64 ไม่เคยได้รับการศึกษา สำหรับข้อมูลด้านเชื้อชาติ และสัญชาติ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชนชาติพันธุ์ร้อยละ 83.64 และมากกว่าครึ่งหนึ่งร้อยละ 53.64 เป็นบุคคลไร้สัญชาติ นอกจากนี้ร้อยละ 97.27 นับถือศาสนาพุทธ สุดท้ายในเรื่องที่พิกอาศัยพบว่าร้อยละ 53.64 พักอาศัยในที่พักเช่าหรืออาศัยร่วมกับบุคคลอื่น โดยสามารถอธิบายดังตารางที่ 4.1 ดังนี้

ตารางที่ 4.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	29.09
หญิง	234	70.91
อายุ		
20 - 29 ปี	50	15.15
30 - 39 ปี	73	22.12
40 - 49 ปี	113	34.24
50 - 60 ปี	94	28.49
($\bar{X}$ =43, S.D.=10.71, Median=44, IQR=16, Min=20, Max=60)		
สถานภาพสมรส		
ไม่มีคู่ชีวิต	224	67.88
มีคู่ชีวิต	106	32.12
ศาสนา		
พุทธ	321	97.27
คริสต์	5	1.52
อิสลาม	4	1.21
สัญชาติ		
กลุ่มไร้สัญชาติ	177	53.64
กลุ่มมีสัญชาติ	153	46.36
เชื้อชาติ		
กลุ่มไร้เชื้อชาติ	54	16.36
กลุ่มชนชาติพันธุ์	276	83.64

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
การศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	276	83.64
ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)	26	7.88
มัธยมศึกษา (ม.1-ม.6)	21	6.36
อนุปริญญา/ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	7	2.12
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป/งานเกษตร	307	93.03
งานฝีมือ/วิชาชีพ	23	6.97
ระยะเวลาประกอบอาชีพ		
≤ 15.5 ปี	238	72.12
> 15.5 ปี	92	27.88
($\bar{X}$ =9.98, S.D.=9.46, Median=8, IQR=15.5, Min=0, Max=35)		
รายได้ต่อเดือน		
≤ 5,000 บาท	99	30.00
> 5,000 บาท	231	70.00
($\bar{X}$ =7,326.36, S.D.=4,731.79, Median=9,000, IQR=5,000, Min=0, Max=30,000)		
ที่พักอาศัย		
ที่พักของตนเอง (ประเทศต้นทางหรือปลายทาง)	153	46.36
ที่พักเช่าหรืออยู่กับบุคคลอื่น (บ้านเช่าหรือบ้านนายจ้าง)	177	53.64

4.1.2 ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีประกันสุขภาพร้อยละ 75.15 ขณะที่ร้อยละ 24.85 ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 94.55 และไม่ดื่มสุราร้อยละ 75.80 สำหรับกลุ่มที่สูบบุหรี่ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่อยู่ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 27.88 และมีจำนวนการสูบบุหรี่เฉลี่ย 6-10 มวนต่อวันร้อยละ 27.78 ในกลุ่มที่ดื่มสุราพบว่าร้อยละ 35.00 ดื่มสุรามานาน 6-10 ปี และมีความถี่ในการดื่มแตกต่างกัน โดยร้อยละ 38.75 ดื่มทุกเดือน และร้อยละ 30.00 ดื่มทุกสัปดาห์

ในด้านการรับรู้เกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ พบว่า มีเพียงร้อยละ 43.64 ทราบเกี่ยวกับกระบวนการขึ้นทะเบียน โดยแหล่งข้อมูลหลักที่ให้ข้อมูลเรื่องประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ คือหน่วยบริการสุขภาพร้อยละ 34.55 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 61.52 ทราบถึงสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นิยมรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันเป็นอันดับแรกร้อยละ 88.79 ร้อยละ 69.70 ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล และร้อยละ 84.55 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย สามารถอธิบายดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
สิทธิรักษาพยาบาล		
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	82	24.85
มีประกันสุขภาพ	248	75.15
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	312	94.55
สูบ	18	5.45
ระยะเวลาในการสูบบุหรี่ (n = 18)		
1 - 5 ปี	4	22.22
6 - 10 ปี	5	27.78
11 - 15 ปี	2	11.11
16 - 20 ปี	3	16.67
> 20 ปี	4	22.22
($\bar{X}$ =14.43, S.D.=10.06, Median=10.65, IQR=3.0)		
จำนวนการสูบบุหรี่ใน 1 วัน (n = 18)		
1 - 5 มวนต่อวัน	5	27.78
6 - 10 มวนต่อวัน	10	55.55
11 - 15 มวนต่อวัน	2	11.11
16 - 20 มวนต่อวัน	1	5.56
($\bar{X}$ =7.67, S.D.=3.90)		
พฤติกรรมการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	250	75.80
ดื่ม	80	24.20

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
ระยะเวลาในการดื่มสุรา (n = 80)		
1 - 5 ปี	15	18.75
6 - 10 ปี	28	35.00
11 - 15 ปี	15	18.75
16 - 20 ปี	19	23.75
> 20 ปี	3	3.75
(X=11.84, S.D.=6.03, Median=10, IQR=8.0)		
ความถี่ในการดื่มสุรา (n = 80)		
ทุกวัน (7 วันต่อสัปดาห์)	7	8.75
เกือบทุกวัน (5-6 วันต่อสัปดาห์)	11	13.75
วันเว้นวัน (3-4 วันต่อสัปดาห์)	7	8.75
ทุกสัปดาห์ (1-2 วันต่อสัปดาห์)	24	30.00
ทุกเดือน (1-3 วันต่อ 3 เดือนที่ผ่านมา)	31	38.75
การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ		
ไม่ทราบ	186	56.36
ทราบ	144	43.64
แหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ		
ไม่ทราบ	186	56.36
หน่วยบริการสุขภาพ	114	34.55
เครือข่ายทางสังคม	30	9.09
การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ		
ไม่ทราบ	127	38.48
ทราบ	203	61.52
การดูแลตัวเองเป็นอันดับแรก		
รักษาด้วยแผนโบราณ (ปล่อยให้หายเอง, สมุนไพร, หมอพื้นเมือง)	37	11.21
รักษาด้วยแผนปัจจุบัน (ร้านขายยา, รพ.เอกชน, รพ.รัฐ)	293	88.79

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง		
ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล	230	69.70
เสียค่ารักษาพยาบาล	100	30.30
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มี	51	15.45
มี	279	84.55

สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 70.91 ในขณะที่ร้อยละ 29.09 มีโรคประจำตัวโดยโรคที่พบมากที่สุด คือ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 89.58 รองลงมาเป็นโรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 5.21 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 4.17 โรคติดเชื้อร้อยละ 3.13 และลำดับสุดท้ายโรคภูมิแพ้และอาการแพ้ร้อยละ 2.08 ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 93.33 ไม่มีปัญหาสุขภาพ และมีปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อยร้อยละ 6.67 และพบว่า กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นกลุ่มโรคที่พบมากที่สุดร้อยละ 36.36 รองลงมาในกลุ่มโรคติดเชื้อร้อยละ 31.82 โรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 13.64 โรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 9.09 โรคภูมิแพ้และอาการแพ้ร้อยละ 9.09 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสุขภาพหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยละ 97.58 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลร้อยละ 2.42 พบว่า กลุ่มโรคติดเชื้อพบมากที่สุดร้อยละ 42.86 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังร้อยละ 28.57 และโรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 28.57 ตามลำดับ

ในส่วนของการใช้บริการด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างไปใช้บริการมากที่สุด ได้แก่ เหตุผลด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพร้อยละ 91.21 ด้านคุณภาพ และประสิทธิภาพของบริการสุขภาพร้อยละ 12.73 ด้านประสบการณ์และพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพร้อยละ 1.21 และความจำเป็นและความพร้อมด้านสุขภาพร้อยละ 0.91 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 สถานะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	จากทั้งหมด
โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	234	70.91	330
มีโรคประจำตัว	96	29.09	330
ระบุโรคประจำตัว (n = 96)			
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	86	89.58	96
โรคทางกระดูก และกล้ามเนื้อ	5	5.21	96
โรคระบบทางเดินอาหาร	4	4.17	96
โรคติดเชื้อ	3	3.13	96
โรคภูมิแพ้ และอาการแพ้	2	2.08	96
ปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อย			
ไม่มี	308	93.33	330
มี	22	6.67	330
มีปัญหาสุขภาพเพียงเล็กน้อย (n = 22)			
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	8	36.36	22
โรคติดเชื้อ	7	31.82	22
โรคระบบทางเดินอาหาร	3	13.64	22
โรคทางกระดูก และกล้ามเนื้อ	2	9.09	22
โรคภูมิแพ้ และอาการแพ้	2	9.09	22
ปัญหาสุขภาพหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล			
ไม่มี	322	97.58	330
มี	8	2.42	330
มีปัญหาสุขภาพหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาล (n = 7)			
โรคติดเชื้อ	3	42.86	7
โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	2	28.57	7
โรคระบบทางเดินอาหาร	2	28.57	7

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ	จากทั้งหมด
สาเหตุของการใช้สถานบริการที่ท่านไปใช้บริการ (n = 330)			
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	301	91.21	330
คุณภาพ และประสิทธิภาพบริการ	42	12.73	330
ประสบการณ์ และพฤติกรรมการใช้บริการ	4	1.21	330
ความจำเป็น และความพร้อมด้านสุขภาพ	3	0.91	330

4.2 การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

การเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ซึ่งได้แก่ ภาพรวมของการเข้ารับบริการสุขภาพ ความเพียงพอของบริการสุขภาพ การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ สิ่งอำนวยความสะดวก ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ และการยอมรับคุณภาพของบริการ ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวจะถูกนำเสนอในรูปแบบของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อแสดงให้เห็นถึงระดับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพในแต่ละด้าน ดังตารางที่ 4.4 ตารางที่ 4.5 และตารางที่ 4.6

การเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่า การเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพได้รับการประเมิน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.55$, 3.72 และ 3.58 ตามลำดับ) ส่วนด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ และด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพได้รับการประเมินในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.08$ และ 3.45) ในส่วนของภาพรวมของการเข้ารับบริการสุขภาพได้รับการประเมินในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.36$) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจ และการเข้ารับบริการด้านสุขภาพในระดับที่แตกต่างกันออกไปตามแต่ละด้าน ดังตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 การแปลผลการเข้ารับบริการสุขภาพ

การเข้ารับบริการสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการเข้ารับบริการ
ภาพรวมของการเข้ารับบริการสุขภาพ	3.36	0.74	ปานกลาง
ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ	3.08	0.79	ปานกลาง
ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	3.55	0.76	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	3.72	0.57	มาก
ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ	3.45	0.80	ปานกลาง
ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ	3.58	0.98	มาก

ระดับของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่าในภาพรวมของการเข้ารับบริการสุขภาพ ได้รับการประเมินในระดับมากร้อยละ 50.61 ในส่วนของด้านที่ได้รับการประเมินในระดับ มาก สูงที่สุดคือ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกร้อยละ 66.67 รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ร้อยละ 59.09 และความสามารถในการจ่ายค่าบริการร้อยละ 55.15 ด้านการยอมรับคุณภาพ ของบริการสุขภาพร้อยละ 52.73 ขณะที่ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 42.73 มีผู้ประเมินในระดับน้อยร้อยละ 24.85 สูงกว่าด้านอื่น ๆ และ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเข้ารับบริการสุขภาพร้อยละ 65.76 ดังตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ระดับของการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละด้าน

การเข้ารับบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมของการเข้ารับบริการสุขภาพ		
น้อย	50	15.15
ปานกลาง	113	34.24
มาก	167	50.61
($\bar{X}$ =3.36, S.D.=0.74)		
ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ		
น้อย	82	24.85
ปานกลาง	141	42.73
มาก	107	32.42
($\bar{X}$ =3.08, S.D.=0.79)		
ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ		
น้อย	33	10.00
ปานกลาง	102	30.91
มาก	195	59.09
($\bar{X}$ =3.55, S.D.=0.76)		
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก		
น้อย	1	0.30
ปานกลาง	109	33.03
มาก	220	66.67
($\bar{X}$ =3.72, S.D.=0.57)		

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

การเข้ารับบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ		
น้อย	48	14.55
ปานกลาง	100	30.30
มาก	182	55.15
$(\bar{X}=3.45, S.D.=0.80)$		
ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ		
น้อย	50	15.15
ปานกลาง	106	32.12
มาก	174	52.73
$(\bar{X}=3.58, S.D.=0.98)$		

การแบ่งการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่า ในภาพรวมของการเข้ารับบริการสุขภาพ มีการเข้ารับบริการร้อยละ 84.85 ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพมีการเข้ารับบริการร้อยละ 75.15 ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพมีการเข้ารับบริการร้อยละ 90.00 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกมีการเข้ารับบริการร้อยละ 98.18 ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพมีการเข้ารับบริการร้อยละ 81.82 และด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพมีการเข้ารับบริการร้อยละ 83.03 ดังตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 การแบ่งการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละด้าน

การเข้ารับบริการสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมของการเข้ารับบริการสุขภาพ		
ไม่เข้ารับบริการ	50	15.15
เข้ารับบริการ	280	84.85
ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ		
ไม่เข้ารับบริการ	82	24.85
เข้ารับบริการ	248	75.15

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ		
ไม่เข้ารับบริการ	33	10.00
เข้ารับบริการ	297	90.00
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก		
ไม่เข้ารับบริการ	1	0.30
เข้ารับบริการ	329	99.70
ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ		
ไม่เข้ารับบริการ	48	14.55
เข้ารับบริการ	282	85.45
ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ		
ไม่เข้ารับบริการ	50	15.15
เข้ารับบริการ	274	84.85

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

4.3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์ โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05 พบว่า อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ เชื้อชาติ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว และผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ศาสนา พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วย และดูแลตนเองเป็นอันดับแรก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 4.7

ตารางที่ 4.7 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้ารับบริการสุขภาพ				P value
	ไม่เข้ารับบริการ		เข้ารับบริการ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.632 ^a
ชาย	31	27.43	65	29.95	
หญิง	82	72.57	152	70.05	
อายุ					<0.001 ^{*,a}
20 - 29 ปี	8	7.08	42	19.35	
30 - 39 ปี	23	20.36	50	23.05	
40 - 49 ปี	37	32.74	76	35.02	
50 - 60 ปี	45	39.82	49	22.58	
สถานภาพสมรส					<0.001 ^{*,a}
ไม่มีคู่ชีวิต	48	42.48	176	81.11	
มีคู่ชีวิต	65	57.52	41	18.89	
สัญชาติ					<0.001 ^{*,a}
กลุ่มไร้สัญชาติ	95	15.93	82	62.21	
กลุ่มมีสัญชาติ	18	84.07	135	37.79	
เชื้อชาติ					<0.001 ^{*,a}
กลุ่มไร้เชื้อชาติ	6	5.31	48	22.12	
กลุ่มชนชาติพันธุ์	107	94.69	169	77.88	
ศาสนา					0.173 ^b
ศาสนาพุทธ	112	99.12	209	96.31	
ไม่ใช่ศาสนาพุทธ	1	0.88	8	3.69	
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					0.013 ^{*,a}
ไม่สูบ	102	90.27	210	96.77	
สูบ	11	9.73	7	3.23	
พฤติกรรมการดื่มสุรา					0.129 ^a
ไม่ดื่ม	80	70.80	170	78.34	
ดื่ม	33	29.20	47	21.66	
โรคประจำตัว					0.020 ^{*,a}
ไม่มีโรคประจำตัว	71	62.83	163	75.12	
มีโรคประจำตัว	42	37.17	54	24.88	

ตารางที่ 4.7 (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	การเข้ารับบริการสุขภาพ				P value
	ไม่เข้ารับบริการ		เข้ารับบริการ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประวัติการเจ็บป่วย					0.262 ^a
ไม่มี	107	94.69	198	91.24	
มี	6	5.31	19	8.76	
การดูแลตัวเองเป็นอันดับแรก					0.086 ^a
รักษาด้วยแผนโบราณ	8	7.08	29	13.36	
รักษาด้วยแผนปัจจุบัน	105	92.92	188	86.64	
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย					<0.001 ^{*, a}
ไม่มี	4	3.54	47	21.66	
มี	109	96.46	170	78.34	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

^a การทดสอบไคสแควร์

^b การทดสอบของฟิชเชอร์

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05 พบว่า ที่พักอาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 4.8

ตารางที่ 4.8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	การเข้ารับบริการสุขภาพ				P value
	ไม่เข้ารับบริการ		เข้ารับบริการ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ที่พักอาศัย					0.578 ^a
ที่พักของตนเอง	50	44.25	103	47.47	
ที่พักเช่าหรืออยู่กับบุคคลอื่น	63	55.75	114	52.53	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

^a การทดสอบไคสแควร์

4.3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05 พบว่า ระยะเวลาประกอบอาชีพ และรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษา และอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคมกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม	การเข้ารับบริการสุขภาพ				P value
	ไม่เข้ารับบริการ		เข้ารับบริการ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การศึกษา					0.159 ^a
ไม่ได้รับการศึกษา	99	87.61	177	81.57	
ได้รับการศึกษา	14	12.39	40	18.43	
อาชีพ					0.190 ^a
รับจ้างทั่วไป/งานเกษตร	108	95.58	199	91.71	
งานฝีมือ/งานวิชาชีพ	5	4.42	18	8.29	
ระยะเวลาประกอบอาชีพ					<0.001 ^{*, a}
≤ 15.5 ปี	68	60.18	170	78.34	
> 15.5 ปี	45	39.82	47	21.66	
รายได้ต่อเดือน					0.046 ^{*, a}
≤ 5,000 บาท	26	23.01	73	33.64	
> 5,000 บาท	87	76.99	144	66.36	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

^a การทดสอบไคสแควร์

4.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05 พบว่า สิทธิรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และแหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนของการรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ดังตารางที่ 4.10

ตารางที่ 4.10 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ	การเข้ารับบริการสุขภาพ				P value
	ไม่เข้ารับบริการ		เข้ารับบริการ		
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
สิทธิรักษาพยาบาล					<0.001 ^{*,a}
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	12	10.62	70	32.26	
มีประกันสุขภาพ	101	89.38	147	67.74	
ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง					<0.001 ^{*,a}
ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล	99	87.61	131	60.37	
เสียค่ารักษาพยาบาล	14	12.39	86	39.63	
การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ					0.073 ^a
ไม่ทราบ	51	45.13	76	35.02	
ทราบ	62	54.87	141	64.98	
การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ					<0.001 ^{*,a}
ไม่ทราบ	91	80.53	95	43.78	
ทราบ	22	19.47	122	56.22	
แหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ					<0.001 ^{*,a}
ไม่ทราบ	91	80.53	95	43.78	
หน่วยบริการสุขภาพ	17	15.04	97	44.70	
เครือข่ายทางสังคม	5	4.43	25	11.52	

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

^a การทดสอบไคสแควร์

4.4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้มีการใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) เพื่อประเมินอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression) โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ โดยกลุ่มอายุ 20-29 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุ 50-60 ปีอยู่ 4.82 เท่า (95%CI=2.05-11.37) เช่นเดียวกับกลุ่มอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี ที่มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุ 50-60 ปีอยู่ 2.00 และ 1.89 เท่า ตามลำดับ (95%CI=1.05-3.78, 1.07-3.32 ตามลำดับ) นอกจากนี้ผู้ที่ไม่มีคู่ชีวิต มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีคู่ชีวิตอยู่ 5.81 เท่า (95%CI=3.51-9.63) และ ผู้ที่มีสัญชาติมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ไร้สัญชาติอยู่ 8.69 เท่า (95%CI=4.90-15.42) กลุ่มไร้เชื้อชาติมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มชนชาติพันธุ์อยู่ 5.07 เท่า (95%CI=2.10-12.24) ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อยู่ 3.24 เท่า (95%CI=1.22-8.59) และผู้ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ามีโรคประจำตัวอยู่ 1.79 เท่า (95%CI=1.09-2.92) ด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ผู้ที่มีระยะเวลาการประกอบอาชีพน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15.5 ปี มีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีระยะเวลาประกอบอาชีพมากกว่า 15.5 ปีอยู่ 2.39 เท่า (95%CI=1.46-3.93) และผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนอยู่ 1.70 เท่า (95%CI=1.01-2.86) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยผู้ที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล มีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีสิทธิรักษาพยาบาลอยู่ 4.01 เท่า (95%CI=2.49-8.65) และ ผู้ที่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาลอยู่ 4.46 เท่า (95%CI=2.49-8.65) รวมถึงการรับรู้เกี่ยวกับระบบหลักประกันสุขภาพโดยผู้ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ทราบการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพอยู่ 5.31 เท่า (95%CI=3.10-9.09) และผู้ที่ได้รับข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพ หรือเครือข่ายสังคมมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่ไม่ทราบข้อมูลอยู่ 5.47 และ 4.79 เท่า ตามลำดับ (95%CI=3.03-9.86, 1.76-13.05 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4.11

ตารางที่ 4.11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	Univariate Logistic Regression			
	OR	95% CI		P value
		Lower	Upper	
เพศ				
ชาย	1			
หญิง	0.88	0.53	1.47	0.633
อายุ				
20 - 29 ปี	4.82	2.05	11.37	<0.001*
30 - 39 ปี	2.00	1.05	3.78	0.034*
40 - 49 ปี	1.89	1.07	3.32	0.027*
50 - 60 ปี	1			
สถานภาพสมรส				
ไม่มีคู่ชีวิต	5.81	3.51	9.63	<0.001*
มีคู่ชีวิต	1			
สัญชาติ				
กลุ่มไร้สัญชาติ	1			
กลุ่มมีสัญชาติ	8.69	4.90	15.42	<0.001*
เชื้อชาติ				
กลุ่มไร้เชื้อชาติ	5.07	2.10	12.24	<0.001*
กลุ่มชนชาติพันธุ์	1			
ศาสนา				
ศาสนาพุทธ	1			
ไม่ใช่ศาสนาพุทธ	4.29	0.53	34.71	0.173
พฤติกรรมการสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	1			
สูบ	3.24	1.22	8.59	0.018*

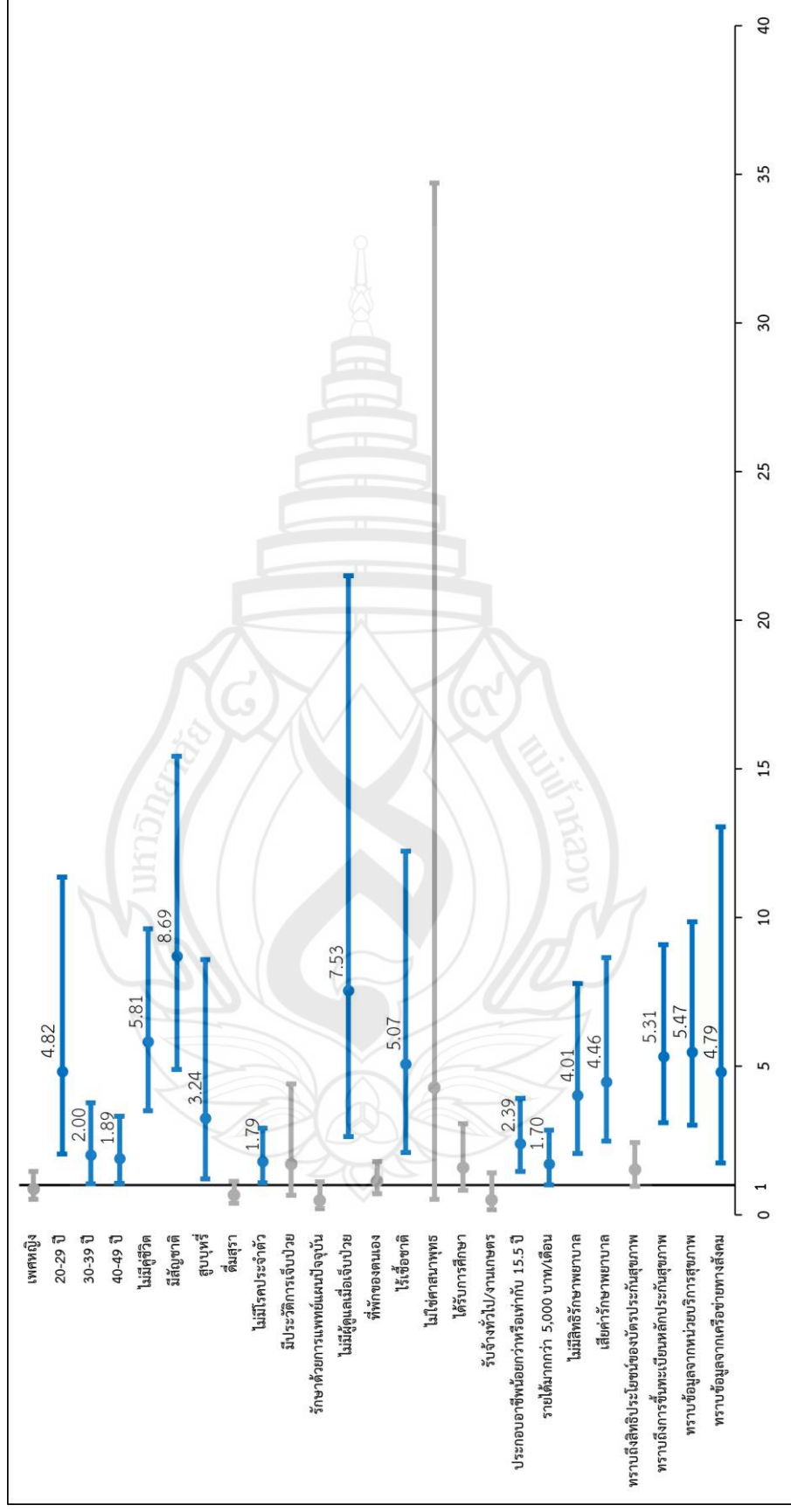
ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	Univariate Logistic Regression			
	OR	95% CI		P value
		Lower	Upper	
พฤติกรรมการดื่มสุรา				
ไม่ดื่ม	1			
ดื่ม	0.67	0.40	1.13	0.130
โรคประจำตัว				
ไม่มีโรคประจำตัว	1.79	1.09	2.92	0.020*
มีโรคประจำตัว	1			
ประวัติการเจ็บป่วย				
ไม่มี	1			
มี	1.71	0.66	4.41	0.266
การดูแลตัวเองเป็นอันดับแรก				
รักษาด้วยแผนโบราณ	1			
รักษาด้วยแผนปัจจุบัน	0.49	0.22	1.12	0.091
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย				
ไม่มี	7.53	2.64	21.50	<0.001*
มี	1			
ที่พักอาศัย				
ที่พักของตนเอง	1.14	0.72	1.80	0.578
ที่พักเช่าหรืออยู่กับบุคคลอื่น	1			
การศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	1			
ได้รับการศึกษา	1.60	0.83	3.08	0.162
อาชีพ				
รับจ้างทั่วไป/งานเกษตร	0.51	0.18	1.42	0.197
งานฝีมือ/งานวิชาชีพ	1			

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	Univariate Logistic Regression			
	OR	95% CI		P value
		Lower	Upper	
ระยะเวลาประกอบอาชีพ				
≤ 15.5 ปี	2.39	1.46	3.93	<0.001*
> 15.5 ปี	1			
รายได้ต่อเดือน				
≤ 5,000 บาท	1			
> 5,000 บาท	1.70	1.01	2.86	0.047*
สิทธิรักษาพยาบาล				
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	4.01	2.07	7.78	<0.001*
มีประกันสุขภาพ	1			
ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง				
ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล	1			
เสียค่ารักษาพยาบาล	4.46	2.49	8.65	<0.001*
การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ				
ไม่ทราบ	1			
ทราบ	1.53	0.96	2.43	0.074
การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ				
ไม่ทราบ	1			
ทราบ	5.31	3.10	9.09	<0.001*
แหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ				
ไม่ทราบ	1			
หน่วยบริการสุขภาพ	5.47	3.03	9.86	<0.001*
เครือข่ายทางสังคม	4.79	1.76	13.05	0.002*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$



ภาพที่ 4.1 กราฟแสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี

4.5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้มีการใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariate Logistic Regression) ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariate Logistic Regression) โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05 และทำการตัดตัวแปรกวนออกพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานภาพสมรสโดยผู้ที่ไม่มีคู่ชีวิตมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีคู่ชีวิตอยู่ 2.41 เท่า (95%CI=1.27-4.56) และกลุ่มที่มีสัญชาติมีโอกาเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่สัญชาติอยู่ 11.46 เท่า (95%CI=5.65-23.24) และพบว่าผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อยู่ 4.03 เท่า (95%CI=1.24-13.05) ด้านปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนอยู่ 2.97 เท่า (95%CI=1.48-5.97) ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่ทราบถึงการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ทราบการขึ้นทะเบียนอยู่ 2.76 เท่า (95%CI=1.44-5.28) ดังตารางที่ 4.12

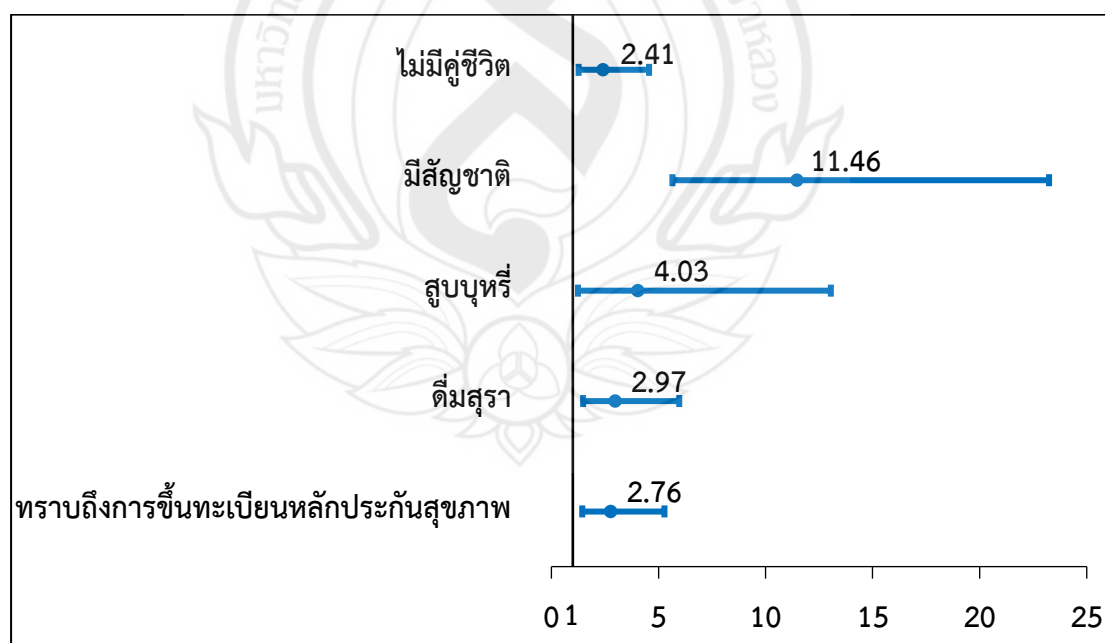
ตารางที่ 4.12 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	Multivariate Logistic Regression			
	OR _{adj}	95% CI		P value
		Lower	Upper	
สถานภาพสมรส				
ไม่มีคู่ชีวิต	2.41	1.27	4.56	0.007*
มีคู่ชีวิต	1			
สัญชาติ				
กลุ่มไร้สัญชาติ	1			
กลุ่มมีสัญชาติ	11.46	5.65	23.24	<0.001*

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ปัจจัยด้านต่าง ๆ	Multivariate Logistic Regression			
	OR _{adj}	95% CI		P value
		Lower	Upper	
พฤติกรรมกรสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	1			
สูบ	4.03	1.24	13.05	0.020*
รายได้ต่อเดือน				
≤ 5,000 บาท	1			
> 5,000 บาท	2.97	1.48	5.97	0.002*
การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ				
ไม่ทราบ	1			
ทราบ	2.76	1.44	5.28	0.002*

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$



ภาพที่ 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่าง ๆ กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

บทที่ 5

อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างแรงงานข้ามชาติ จำนวน 330 คน โดยใช้แบบสอบถามที่ครอบคลุมปัจจัยในด้านต่าง ๆ เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ

บทนี้นำเสนอการอภิปรายผล และสรุปผลการวิจัยที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และเชื่อมโยงกับแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ ยังกล่าวถึงข้อจำกัดของการวิจัย รวมถึงข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา นโยบาย หรือแนวทางในการส่งเสริมการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ชายแดนต่อไป

5.1 อภิปรายผลการวิจัย

5.1.1 อายุ

อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีอายุ 20-29 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุ 50-60 ปีอยู่ 4.82 เท่า ($OR = 4.82$, $95\%CI = 2.05-11.37$, $p < 0.001$) กลุ่มอายุ 30-39 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุ 50-60 ปีอยู่ 2.00 เท่า ($OR = 2.00$, $95\%CI = 1.05-3.78$, $p = 0.034$) และกลุ่มอายุ 40-49 ปี มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุ 50-60 ปีอยู่ 1.89 เท่า ($OR = 1.89$, $95\%CI = 1.07-3.32$, $p = 0.027$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาสวรรณ พังสอาด (2564) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่า แรงงานข้ามชาติในช่วงอายุ 20-49 ปี มักมีการศึกษาสูงกว่า และสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพได้ดีกว่าส่งผลให้มีความตระหนักเกี่ยวกับสิทธิด้านสุขภาพที่มีอยู่ และการศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีอายุมากกว่า 30 ปี และการศึกษาของ จุฑามาศ ยลศิริวัฒน์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง พบว่า แรงงานต่างด้าวที่มีอายุ 26-35 ปี มีค่าเฉลี่ย

ของการเข้ารับบริการสูงกว่ากลุ่มอายุ 45 ปี ในทางกลับกัน บางการศึกษากลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยแวดล้อมอื่นที่อาจมีบทบาทสำคัญกว่า เช่น นโยบายประกันสุขภาพ หรือข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาของ ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ที่ศึกษาแรงงานไทยใหญ่ ตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p=0.423$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัครวัฒน์ คำหวาน และ ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ที่ไม่พบความแตกต่างด้านอายุของผู้ใช้บริการสุขภาพ ($p=0.574$) นอกจากนี้ มาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p=0.745$) และการศึกษาของ Peng et al. (2010) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน พบว่า อายุไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการแสวงหาสุขภาพ ($p=0.975$) และ Lee et al. (2014) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในประเทศสิงคโปร์ พบว่า อายุไม่ส่งผลต่อการแสวงหาการรักษาพยาบาลในทุกช่วงวัย ($p=0.258$)

5.1.2 สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติโคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีคู่ชีวิตมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีคู่ชีวิตอยู่ 5.81 เท่า ($OR=5.81$, $95\%CI=3.51-9.63$, $p<0.001$) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรเพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีคู่ชีวิตมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีคู่ชีวิตอยู่ 2.41 เท่า ($OR_{adj}=2.41$, $95\%CI=1.27-4.56$, $p=0.007$) เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีคู่ชีวิตมีอิสระในการตัดสินใจ และจัดสรรทรัพยากรด้านสุขภาพมากกว่า ขณะที่แรงงานข้ามชาติที่มีคู่ชีวิตอาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านภาระครอบครัว และเศรษฐกิจ นอกจากนี้ ความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลยังส่งผลให้แรงงานที่ไม่มีคู่ชีวิตให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น (แก้วใจ มาทอง และคณะ, 2567) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพวรรณ เลียบสือตระกูล และคณะ (2564) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวพม่าในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีคู่ชีวิตอาจรู้สึกโดดเดี่ยวและขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจกระตุ้นให้พวกเขาใส่ใจสุขภาพของตนเองมากขึ้นและเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อดูแลตนเอง ในขณะที่แรงงานที่มีคู่ชีวิตอาจพึ่งพาการดูแลจากคู่ชีวิตและละเลยการเข้ารับบริการสุขภาพ สอดคล้องกับ Dervić et al. (2024) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในประเทศออสเตรเลีย พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีคู่ชีวิตอาจมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพของประเทศที่ตนอาศัยอยู่มากกว่า เนื่องจากต้องพึ่งพาตนเองในการดูแลสุขภาพ ในขณะที่แรงงาน

ที่มีคูชีวิตอาจพึงพาชีวิตในการจัดการเรื่องสุขภาพ ทำให้มีความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพน้อยกว่า ในทางตรงกันข้ามหลายงานวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($p>0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จีรพรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ไม่พบความแตกต่าง ในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มสมรสกับกลุ่มโสด ($p=0.206$) และการศึกษาของ ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอหาดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวไทใหญ่ ($X^2=27.857$, $p=0.366$) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ อัสวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มสมรสและกลุ่มโสด/ม่าย/หย่า/แยกกันอยู่ ($p=0.261$) และการศึกษาของ มาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสกับการเข้ารับบริการ ด้านสุขภาพในกลุ่มโสดและมีคู่ ($OR=2.11$, $95\%CI=0.79-5.66$, $p=0.137$) Lee et al. (2014) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับการแสวงหาการรักษาพยาบาล ($p=0.729$) เช่นเดียวกับ Peng et al. (2010) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง ประเทศจีน ที่ไม่พบความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มที่แต่งงานและโสด ($p>0.05$) และ Shao et al. (2018) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง พบว่า สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1.3 สัญชาติ

สัญชาติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสัญชาติมีโอกาที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไร้สัญชาติอยู่ 8.69 เท่า ($OR=8.69$, $95\%CI=4.90-15.42$, $p<0.001$) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสัญชาติมีโอกาที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไร้สัญชาติอยู่ 11.46 เท่า ($OR_{adj}=11.46$, $95\%CI=5.65-23.24$, $p<0.001$) เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่มีสัญชาติมีสิทธิตามกฎหมาย จึงสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้สะดวกกว่า ขณะที่แรงงานข้ามชาติที่ไร้สัญชาติเผชิญข้อจำกัดด้านเอกสาร เศรษฐกิจ และความกังวลเกี่ยวกับสถานะทางกฎหมาย จึงส่งผลให้รับบริการสุขภาพลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Loganathan et al. (2019) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในประเทศมาเลเซีย พบว่า แรงงานข้ามชาติ

ที่มีเอกสารและสถานะถูกกฎหมายมีโอกาสรับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไร้เอกสารเนื่องจากความกลัวที่จะถูกจับกุมและความไม่รู้สิทธิที่ตนพึงมี สอดคล้องกับ Cho et al. (2024) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในประเทศเกาหลีใต้ พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสถานะถูกต้องตามกฎหมายมีการรับบริการสุขภาพเชิงป้องกันโรค และการตรวจสุขภาพประจำปีสูงกว่าแรงงานที่ไม่มีเอกสาร และ Bozorgmehr et al. (2023) ศึกษาแรงงานข้ามชาติในยุโรป พบว่าแรงงานข้ามชาติ ที่มีสถานะพลเมืองจะได้รับการยอมรับในระบบสุขภาพและสังคมมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสถานะ แตกต่างจากการศึกษาของ มาริชา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ Lee et al. (2014) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในประเทศสิงคโปร์ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติ (อินเดีย บังกลาเทศ และเมียนมา) กับการใช้บริการสุขภาพ ($p=0.538$) และ Shao et al. (2018) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่ง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างสัญชาติกับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ($X^2=3.347$, $p=0.188$) ในกลุ่มแรงงานที่มีสัญชาติต่างกัน

5.1.4 เชื้อชาติ

เชื้อชาติ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติโคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มไร้เชื้อชาติมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานที่เป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์อยู่ 5.07 เท่า ($OR=5.07$, $95\%CI=2.10-12.24$, $p<0.001$) เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มไร้เชื้อชาติอาจมีความตระหนักถึงความเสี่ยงจากข้อจำกัดในการเข้ารับบริการสุขภาพได้ตามสิทธิที่กำหนดส่งผลให้มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพในกรณีที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงหรือฉุกเฉินขณะที่แรงงาน และกลุ่มที่มีเชื้อชาติเป็นชนชาติพันธุ์อาจมีเครือข่ายการดูแลจากชุมชน หรือการดูแลตนเองแทนการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kunpeuk et al. (2022) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย พบว่า แรงงานข้ามชาติในประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีเอกสารประจำตัว มักประสบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพเนื่องจากข้อจำกัดด้านสถานะทางกฎหมายและความกลัวการถูกจับกุม อย่างไรก็ตาม กลุ่มแรงงานไร้เชื้อชาติที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนและโครงการของรัฐเฉพาะกิจมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น นอกจากนี้ Wongsuwanphon et al. (2024) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในจังหวัดภูเก็ต พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีสถานะทางกฎหมายไม่ชัดเจน มักเผชิญกับความต้องการด้านสุขภาพที่ไม่ได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพหรือไม่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตน

5.1.5 พฤติกรรมสูบบุหรี่

พฤติกรรมสูบบุหรี่ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.013$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่สูบบุหรี่ อยู่ 3.24 เท่า ($OR=3.24$, $95\%CI=1.22-8.59$, $p=0.018$) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบว่า แรงงานข้ามชาติที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่สูบบุหรี่อยู่ 4.03 เท่า ($OR_{adj}=4.03$, $95\%CI=1.24-13.05$, $p=0.020$) เนื่องจากการสูบบุหรี่มักเกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพ เช่น โรคทางเดินหายใจ ส่งผลให้แรงงานข้ามชาติที่สูบบุหรี่มักมีความตระหนักในด้านสุขภาพ และมักเข้ารับบริการทางการแพทย์เพื่อป้องกัน หรือรักษา ผลกระทบจากการสูบบุหรี่ นอกจากนี้ อาการที่เกิดจากการสูบบุหรี่อาจส่งผลให้แรงงานข้ามชาติที่สูบบุหรี่เข้ารับบริการสุขภาพมากขึ้น

5.1.6 โรคประจำตัว

โรคประจำตัว เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.020$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีโรคประจำตัวอยู่ 1.79 เท่า ($OR=1.79$, $95\%CI=1.09-2.92$, $p=0.020$) เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่มีโรคประจำตัวอาจเผชิญข้อจำกัด ทั้งในด้านเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงอาจมุ่งเน้นการรักษาโรคที่มีอยู่แล้วแทนการตรวจสุขภาพทั่วไป ขณะที่แรงงานที่ไม่มีโรคประจำตัวอาจมีความตระหนักและสามารถเข้ารับบริการสุขภาพเพื่อป้องกันโรค หรือตรวจสุขภาพได้สะดวกกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ องค์การอนามัยโลก (2564) ที่พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีโรคประจำตัวมักมีสุขภาพที่ดีกว่าทำให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่อง และมีรายได้ที่มั่นคงกว่า แรงงานที่มีโรคประจำตัว อาจช่วยให้พวกเขามีศักยภาพในการเดินทางไปใช้บริการสุขภาพได้มากขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่มีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรคประจำตัว สอดคล้องกับการศึกษาของ Wagstaff et al. (2018) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ 133 ประเทศ พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเลื่อน การรับบริการสุขภาพเนื่องจากการค่าใช้จ่ายที่สูง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบในแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีประกันสุขภาพ หรือสวัสดิการที่ครอบคลุมเพียงพอ ดังนั้น แรงงานที่ไม่มีโรคประจำตัวอาจเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่า เนื่องจากไม่มีภาระค่าใช้จ่ายสะสมจากการรักษาโรคเรื้อรัง และการศึกษาของ Meng et al. (2012) ที่ศึกษา แรงงานข้ามชาติในประเทศจีน พบว่า แรงงานที่มีโรคประจำตัวอาจหลีกเลี่ยงการไปพบแพทย์หากอาการ ของโรคยังสามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง หรืออาจพึ่งพาการรักษาแบบไม่เป็นทางการ เช่น การใช้ยาสมุนไพร หรือยาที่หาซื้อได้เอง แตกต่างจากการศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ ในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับการเข้าถึง

บริการสุขภาพ ($X^2=0.003$, $p=1.000$) ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ปัญหาทางด้านภาษา สถานะทางกฎหมาย หรือการขาดความรู้เกี่ยวกับระบบสุขภาพในประเทศไทย และการศึกษาของ อัจฉวัฒน์ คำหวาน และปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ อำเภอยะรัง จันทบุรี และมาลีสา วุฒิกระพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ เมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพและการศึกษาของ พัทธนา เสงี่ยมบุญพงศ์ ใจดี และคณะ (2564) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ จังหวัดชลบุรี พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างโรคประจำตัวกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

5.1.7 ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยอยู่ 7.53 เท่า ($OR=7.53$, $95\%CI=2.64-21.50$, $p<0.001$) เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยมักพึ่งพาการดูแลสุขภาพของตนเอง และตระหนักถึงความสำคัญของการเข้ารับบริการสุขภาพ ขณะที่แรงงานที่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยอาจพึ่งพาผู้ดูแลในการตัดสินใจเรื่องการรักษาหรือการดูแลสุขภาพ ซึ่งอาจทำให้การเข้ารับบริการลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Attalla et al. (2023) ที่ศึกษากลุ่มแรงงานข้ามชาติในมาเลเซีย พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ขาดเครือข่ายครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงาน มีโอกาสใช้บริการสุขภาพในสถานพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากไม่มีที่พึ่งพิงทางสังคมและขาดการสนับสนุนที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งส่งผลให้ความวิตกกังวลต่อสุขภาพเพิ่มขึ้นและนำไปสู่การตัดสินใจเข้ารับบริการอย่างรวดเร็วเช่นกัน ทั้งนี้ ความแตกต่างของโครงสร้างสังคมและเครือข่ายแรงงานถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Suphanchaimat et al. (2019) ที่ศึกษานโยบายของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย พบว่า แม้ว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีผู้ดูแลอาจเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ด้านภาษา และข้อจำกัดทางเศรษฐกิจแต่การไม่มีผู้ดูแลอาจกระตุ้นให้พวกเขาหาข้อมูลเกี่ยวกับบริการสุขภาพ และตัดสินใจไปสถานพยาบาลโดยเร็วขึ้นเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยไม่ปล่อยให้อาการทรุดลง

5.1.8 ระยะเวลาประกอบอาชีพ

ระยะเวลาประกอบอาชีพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีระยะเวลาประกอบอาชีพน้อยกว่า 15.5 ปี โอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีระยะเวลาประกอบอาชีพมากกว่า 15.5 ปี อยู่ 2.39 เท่า ($OR=2.39$,

95%CI=1.46-3.93, $p<0.001$) เนื่องจากแรงงานที่มีระยะเวลาประกอบอาชีพน้อยกว่า 15.5 ปี อาจยังมีความตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ และการเข้ารับบริการสุขภาพ ในขณะที่แรงงานที่ทำงานมากกว่า 15.5 ปี อาจเคยชินกับการละเลยการดูแลสุขภาพเนื่องจากความเครียดจากการทำงาน หรือภาระทางการเงินที่จำกัด จึงมีโอกาสนี้จะไม่ให้ความสำคัญกับการเข้ารับบริการสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ระยะเวลาที่อยู่ในประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2=22.826$, $p<0.001$) โดยแรงงานที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยระยะเวลา 1-5 ปี มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่อยู่ในประเทศไทยเป็นเวลา 6 ปีขึ้นไป ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ งานวิจัยของ อัสวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย พบว่า แรงงานที่ทำงานน้อยกว่า 3 ปีมีค่าเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพสูงกว่าแรงงาน ที่ทำงานเกิน 3 ปี ($p<0.001$) กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ระยะเวลาการทำงานมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($R^2=0.157$, $F=7.252$, $\text{Coefficients}=-0.011$) หมายความว่าเมื่อระยะเวลาการทำงานเพิ่มขึ้นทุกปี แรงงานต่างด้าวมียโอกาส ที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพลดลง อย่างไรก็ตามงานวิจัยของ มาริษา วุฒิกะพันธ์ (2566) ที่ศึกษา แรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชาในจังหวัดสงขลา พบว่า ผู้ที่อาศัย อยู่ในประเทศไทยมากกว่า 3 ปีมีโอกาสดำเนินการเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย น้อยกว่า 3 ปีถึง 8.74 เท่า ($OR=8.74$, 95%CI=1.95-39.09, $p=1.000$)

5.1.9 รายได้ต่อเดือน

รายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.046$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติโคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติ ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสนี้จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติ ที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนอยู่ 1.70 เท่า ($OR=1.70$, 95%CI=1.01-2.86, $p=0.047$) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปรเพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบว่า แรงงานข้ามชาติที่มีรายได้ มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสนี้จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีรายได้ น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือนอยู่ 2.97 เท่า ($OR_{adj}=2.97$, 95%CI=1.48-5.97, $p=0.002$) เนื่องจากรายได้ ที่สูงกว่าช่วยให้แรงงานข้ามชาติมีความสามารถในการจ่ายบริการด้านสุขภาพ เช่น ค่ารักษาพยาบาล และ สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ดีขึ้น นอกจากนี้แรงงานที่มีรายได้สูงยังมีความตระหนักถึงความสำคัญ ของการดูแลสุขภาพ และมีโอกาสใช้สิทธิประกันสุขภาพหรือสวัสดิการที่เกี่ยวข้องได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้ น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จีรวรรณ รัตจักร และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ ในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($X^2=5.695$, $p=0.017$) โดยกลุ่มที่มีรายได้ 5,001-10,000 บาทต่อเดือนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่าผู้ที่มียาได้น้อยกว่า 5,000 บาท อัครวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์ (2559) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย พบว่า แรงงานที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ($p<0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาสินี ศีตวัฒนานนท์ และคณะ (2562) ที่พบว่าผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ($p<0.05$) ในทางกลับกันหลายการศึกษากลับพบว่า รายได้นั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพโดย กิตติชัย แซ่ลิ้ม (2563) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($R^2=0.157$, $F=7.252$, $\text{Coefficients}=-7.988$) และ ชาย หาญ หนู่ม และคณะ (2561) ที่ศึกษาแรงงานไทยใหญ่ ตำบลสันผักหวาน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2=12.917$, $p=0.454$) ซึ่งคล้ายคลึงกับ มาริษา วุฒิกระพันธ์ (2566) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา พบว่า ไม่มีความแตกต่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างผู้มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท และผู้ที่มีรายได้ตั้งแต่ 5,000 บาทขึ้นไป ($OR=1.47$, $95\%CI=0.17-12.67$, $p=0.726$) และ Shao et al. (2018) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในกรุงปักกิ่งพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ($X^2=5.753$, $p=0.056$)

5.1.10 สิทธิรักษาพยาบาล

สิทธิรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพอยู่ 4.01 เท่า ($OR=4.01$, $95\%CI=2.07-7.78$, $p<0.001$) เนื่องจากแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาลอาจตระหนักถึงความเสี่ยงจากการไม่ได้รับการรักษา และมีความกังวลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่อาจทวีความรุนแรง จึงเลือกเข้ารับบริการทันทีแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ขณะที่แรงงานที่มีประกันสุขภาพอาจมีความมั่นใจในความครอบคลุมของประกัน และเลือกที่จะหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการสุขภาพจนกว่าจะเกิดอาการรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซอ มิน และคณะ (2567) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.046$) และศศิวิมล ดีคำ และณัฐณิย์ มั่นนัต (2561) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติหญิงชาวพม่า ในจังหวัดสมุทรสาคร ค้นพบว่า มีความสัมพันธ์เชิงลบระหว่างสิทธิการรักษาพยาบาล กับการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ครั้งแรก และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\text{Coefficients}=-0.276$, $t=-2.881$, $p=0.004$) โดยการมีสิทธิรักษาพยาบาลที่ดีขึ้น 1 หน่วย ส่งผลให้ความสม่ำเสมอในการรับบริการสุขภาพลดลง 0.276 หน่วย

และการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ ในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่จะมีบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าว แต่แรงงานเหล่านี้หากเจ็บป่วยไม่มากนัก พวกเขาพยายามที่จะเยียวยาตนเองมากกว่าจะไปโรงพยาบาล เพราะยุ่งยากในการเดินทาง ขั้นตอนการรับบริการมากมายและใช้เวลานานในการเข้ารับบริการ เนื่องจากมีผู้รับบริการในแต่ละวันเป็นจำนวนมาก แตกต่างจากการศึกษาของ พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ใจดี และคณะ (2564) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ จังหวัดชลบุรี ค้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีประกันสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มมีประกันสุขภาพ และไม่มีประกันสุขภาพ

5.1.11 ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง

ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่เสียค่ารักษาพยาบาลมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่เสียค่ารักษาพยาบาลอยู่ 4.46 เท่า ($OR = 4.46$, $95\%CI = 2.49-8.65$, $p < 0.001$) เนื่องจากการจ่ายค่ารักษาพยาบาลเป็นการกระตุ้นให้แรงงานข้ามชาติให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ การต้องจ่ายค่ารักษายังช่วยให้แรงงานตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาทันที และลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยที่อาจทวีความรุนแรงในอนาคต แตกต่างจากการศึกษาของ พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ใจดี และคณะ (2564) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติ จังหวัดชลบุรี ค้นพบว่าไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างการเสียค่ารักษาพยาบาลกับการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มเสียค่ารักษาพยาบาลเต็มจำนวนเสียค่ารักษาพยาบาลบางส่วน และไม่เสียค่ารักษาพยาบาล และการศึกษาของ นิชาธิศม์ ปัญญาโพธิวัฒน์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ จังหวัดเชียงราย อำเภอแม่สาย เชียงแสน และเชียงของ พบว่า ความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลนั้น ถึงแม้จะมีสิทธิประกันสุขภาพแต่มีบางส่วนที่แรงงานต่างด้าวต้องชำระค่าใช้จ่ายเอง

5.1.12 การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ

การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติไคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ทราบถึงการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่ทราบถึงการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพอยู่ 5.31 เท่า ($OR = 5.31$, $95\%CI = 3.10-9.09$, $p < 0.001$) และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร เพื่อควบคุมปัจจัยรบกวน พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ทราบถึงการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่ทราบถึงการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพอยู่ 2.76 เท่า ($OR_{adj} = 2.76$, $95\%CI = 1.44-5.28$, $p = 0.002$) เนื่องจากการรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพช่วยเพิ่มความมั่นใจ

และลดอุปสรรคในการเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติสามารถใช้สิทธิประโยชน์ที่มีอยู่ได้อย่างเต็มที่ซึ่งทำให้แรงงานข้ามชาติมีโอกาสดูแลสุขภาพ และป้องกันโรคได้ดีขึ้น แตกต่างจากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า แรงงานข้ามชาติจะรู้สึกว่าการประกันด้านสุขภาพของตนเองไม่มีความแน่นอน ด้วยปัจจัยต่าง ๆ อาทิ การถูกเลิกจ้าง การถูกปฏิเสธการรักษาจากโรงพยาบาล หรือแม้กระทั่งการถูกยกเลิกสิทธิตามหลักประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวเป็นความทุกข์ที่ไม่รู้ว่าจะวันใดที่พวกเขาจะหมดสิทธิในการรักษาหรือต้องตกงาน และการศึกษาของ ณิชารัศม์ ปัญญาโพธิวัฒน์ และคณะ (2564) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในพื้นที่เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงราย อำเภอแม่สาย เชียงแสน และเชียงของ พบว่า แรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่มีความรู้ ความเข้าใจและทราบถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยมีหัวหน้างาน หรือผู้ที่พาแรงงานไปขึ้นทะเบียนและทำบัตรประกันสุขภาพ เป็นผู้แจ้งรายละเอียดตั้งแต่ก่อนรับแรงงานเข้าทำงาน

5.1.13 แหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ

แหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) ด้วยการวิเคราะห์สถิติโคสแควร์ และเมื่อวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ทราบข้อมูลจากหน่วยบริการสุขภาพมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ มากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่ทราบข้อมูลอยู่ 5.47 เท่า ($OR = 5.47$, $95\%CI = 3.03-9.86$, $p < 0.001$) และแรงงานข้ามชาติที่ทราบข้อมูลจากเครือข่ายทางสังคมมีโอกาสที่จะเข้ารับบริการสุขภาพ มากกว่าแรงงานข้ามชาติที่ไม่ทราบข้อมูลอยู่ 4.79 เท่า ($OR = 4.79$, $95\%CI = 1.76-13.05$, $p = 0.002$) เนื่องจากข้อมูลที่ได้รับจากแหล่งที่สามารถเชื่อถือได้จะช่วยเพิ่มความมั่นใจและความเข้าใจในสิทธิประโยชน์ที่มีอยู่ซึ่งกระตุ้นให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น ทั้งจากการได้รับข้อมูลที่ต้องการจากหน่วยบริการสุขภาพ และจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลในเครือข่ายทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนันท์ เรือนคำ (2563) ที่ศึกษาแรงงานต่างด้าวในสถานบริการสาธารณสุขสังกัดกรุงเทพมหานคร พบว่า การเข้าถึงและการสื่อสารเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคดำเนินการได้ยาก เนื่องจากแรงงานต่างด้าวบางกลุ่มมีที่อยู่อาศัยไม่ชัดเจนและไม่เข้าใจในสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ได้สื่อสารไป และรัชนิวรรณ นิรมิตร และบัวพันธ์ พรหมพักพิง (2562) ที่ศึกษาหญิงบริการชาวลาวในพื้นที่ชายแดนจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า เมื่อหญิงบริการเจ็บป่วยก็จะมักจะศึกษาหาข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลสุขภาพด้วยตนเองก่อนจากสื่อต่างๆ อาทิเช่น อินเทอร์เน็ต วิทยุ และโทรทัศน์ หนังสือหรือวารสาร เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้หญิงบริการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพด้วยตนเองได้ และการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ และคณะ (2566) ที่ศึกษาแรงงานข้ามชาติในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ข้อมูลด้านสุขภาพหรือระบบขั้นตอนต่างๆ ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

ล้วนสร้างความทุกข์ความกังวลกับการเข้ารับบริการของแรงงานข้ามชาติ เนื่องจากแรงงานเหล่านี้ไม่สามารถอ่านภาษาไทยได้ ความหลากหลายของชาติพันธุ์ ผู้ป่วยบางรายเป็นคนกะเหรี่ยง หรือมอญ ก็ไม่สามารถพูดหรืออ่านภาษาพม่าได้ ทำให้การรักษาและการป้องกันโรคทำได้ยากลำบากมากขึ้น

5.2 สรุปผลการวิจัย

5.2.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70.91 โดยมีอายุเฉลี่ย 43 ปี และร้อยละ 67.88 ไม่มีคู่ชีวิต นอกจากนี้ มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลไร้สัญชาติร้อยละ 53.64 เป็นชนกลุ่มชาติพันธุ์ร้อยละ 83.64 และนับถือศาสนาพุทธร้อยละ 97.27 ในด้านของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าร้อยละ 94.55 ไม่สูบบุหรี่ และร้อยละ 75.80 ไม่ดื่มสุรา ขณะเดียวกันร้อยละ 70.91 ไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 92.42 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยสำหรับแนวทางการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลักร้อยละ 88.79 และร้อยละ 84.55 มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีลักษณะพักอาศัย เป็นที่พักเช่าหรืออาศัยร่วมกับบุคคลอื่นร้อยละ 53.64 ขณะที่ร้อยละ 46.36 มีที่พักของตนเอง

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคม พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 83.64 ขณะที่อาชีพหลักของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือแรงงานรับจ้างทั่วไป และเกษตรกรรมร้อยละ 93.03 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการประกอบอาชีพ 9.98 ปี และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,326.36 บาท

ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประกันสุขภาพร้อยละ 75.15 และร้อยละ 69.70 ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 61.52 ที่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ ขณะเดียวกันร้อยละ 56.36 ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และในสัดส่วนที่เท่ากันยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียนสุขภาพ

5.2.2 การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ

การเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่า แรงงานข้ามชาติมีระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ที่แตกต่างกัน โดยด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($\bar{X}=3.72$) ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ ($\bar{X}=3.58$) และด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ ($\bar{X}=3.55$) ได้รับการประเมินในระดับมาก ในส่วนของด้านความสามารถในการจ่ายค่ารักษาพยาบาล ($\bar{X}=3.45$) และความเพียงพอของบริการสุขภาพ ($\bar{X}=3.08$) อยู่ในระดับปานกลาง โดยการเข้ารับบริการสุขภาพในภาพรวม ($\bar{X}=3.36$) ถูกประเมินในระดับปานกลาง

5.2.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) โดยไม่ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ พฤติกรรมสูบบุหรี่ โรคประจำตัว และผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยผู้ที่อายุน้อย ไม่มีคู่ชีวิต มีสัญชาติ กลุ่มคนไร้เชื้อชาติ สูบบุหรี่ และไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าในขณะที่กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยมีโอกาสเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่มีผู้ดูแล นอกจากนี้ ปัจจัยทางเศรษฐกิจ และสังคม เช่น ระยะเวลาประกอบอาชีพ และรายได้มีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ โดย ผู้ที่ทำงานน้อยกว่า 15.5 ปี และผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า ขณะที่ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่ไม่มีประกันสุขภาพ และต้องเสียค่ารักษาพยาบาล มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพสูงกว่าผู้ที่มีประกันสุขภาพ และไม่เสียค่ารักษาพยาบาล ส่วนผู้ที่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพ มีโอกาสเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าผู้ที่ไม่ทราบข้อมูล

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ผู้ที่ไม่มีคู่ชีวิตมีโอกาสเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่มีคู่ชีวิต อยู่ 2.41 เท่า และแรงงานข้ามชาติที่มีสัญชาติมีโอกาสเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่ไม่สัญชาติอยู่ 11.46 เท่า และผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่อยู่ 4.03 เท่า ในส่วนของปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และสังคมผู้ที่มีรายได้มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือนมีโอกาสเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือนอยู่ 2.97 เท่า และปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ พบว่า ผู้ที่ทราบถึงการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพมีโอกาสเข้ารับบริการมากกว่าผู้ที่ไม่ทราบการขึ้นทะเบียนอยู่ 2.76 เท่า

5.3 ข้อจำกัดของการวิจัย

5.3.1 ข้อจำกัดด้านข้อมูล และกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในพื้นที่เฉพาะอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ทำให้ผลลัพธ์อาจไม่สะท้อนสถานการณ์ในพื้นที่อื่น ๆ อีกทั้งข้อมูลที่เก็บจากแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสารถูกกฎหมายเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมกลุ่มที่ไม่มีเอกสารซึ่งเผชิญกับข้อจำกัดเฉพาะตัว เช่น ไม่มีสถานะทางกฎหมาย เสี่ยงต่อการจับกุม ถูกเอารัดเอาเปรียบในด้านค่าจ้าง ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และเผชิญกับการเลือกปฏิบัติ และความเครียด ทำให้การเข้ารับบริการสุขภาพและสิทธิแรงงานของกลุ่มนี้มีความเปราะบางมากกว่ากลุ่มที่มีเอกสาร

5.3.2 ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงข้อมูล

การศึกษามีข้อจำกัดด้านภาษา และความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพ ส่งผลให้การตอบแบบสอบถามอาจมีความคลาดเคลื่อนหรือไม่สะท้อนข้อมูลที่แท้จริง นอกจากนี้ การศึกษา ยังไม่สามารถควบคุมตัวแปรแวดล้อมอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติได้ทั้งหมด เช่น ปัจจัยทางเศรษฐกิจ นโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยทางสังคม ซึ่งอาจมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะในการให้บริการกับกลุ่มเป้าหมาย

ควรมีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ทางสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น สื่อหลายภาษา (เมียนมา กัมพูชา ลาว) หรือสื่อที่เป็นภาพ และวิดีโอ เพื่อให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและทั่วถึง

5.4.2 ข้อเสนอแนะสำหรับพื้นที่และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

5.4.2.1 ส่งเสริมการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ สำหรับแรงงานข้ามชาติ

5.4.2.2 ร่วมมือกับนายจ้าง และองค์กรท้องถิ่นเพื่อช่วยเหลือแรงงานในการดำเนินการ ด้านเอกสารและการขึ้นทะเบียนสิทธิ

5.4.2.3 จัดกิจกรรมคัดกรองสุขภาพ และสร้างความตระหนักรู้ด้านสุขอนามัยพื้นฐาน

5.4.2.4 สร้างฐานข้อมูลรวมระหว่างโรงพยาบาลในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้บริการได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

5.4.3 ข้อเสนอแนะระดับจังหวัด

5.4.3.1 บูรณาการข้อมูลจากหลายภาคส่วน เช่น สาธารณสุข แรงงาน มหาดไทย และ องค์กรเอกชน เพื่อกำหนดเป้าหมายการพัฒนาสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

5.4.3.2 สร้างกลไกการติดตามประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

5.4.3.3 จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนบริการสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยงหรือพื้นที่ ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก

5.4.4 ข้อเสนอแนะสำหรับส่วนกลาง

5.4.4.1 ปรับปรุงระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติกลุ่มเปราะบาง เช่น แรงงานไม่มีเอกสาร หรือผู้ที่อยู่ในระหว่างการขอรับรองสถานะ

5.4.4.2 พิจารณาจัดทำชุดสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่ไม่จำกัดเฉพาะผู้มีสัญชาติไทย

5.4.4.3 จัดตั้งระบบข้อมูลกลางร่วมระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงแรงงาน กระทรวงมหาดไทย และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสิทธิการขึ้นทะเบียน และประวัติการใช้บริการสุขภาพ

5.4.4.4 จัดสรรงบประมาณเฉพาะกิจสำหรับพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมาก เช่น จังหวัดชายแดนหรือพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษ เพื่อใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบโจทย์กลุ่มเป้าหมาย

5.4.5 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.4.5.1 ขยายความครอบคลุมของหลักประกันสุขภาพ

ปรับปรุงนโยบายหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติทุกกลุ่ม รวมถึงผู้ที่ไม่มีเอกสารหรืออยู่ระหว่างรอพิสูจน์สถานะทางกฎหมาย

5.4.5.2 ส่งเสริมการสื่อสารสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพในหลายภาษา

จัดทำและเผยแพร่สื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับสิทธิรักษาพยาบาล ช่องทางการเข้ารับบริการ และการขึ้นทะเบียนสิทธิสุขภาพในภาษาพม่า ไทยใหญ่ ลาว และภาษาอื่นที่เกี่ยวข้อง

5.4.5.3 ผลักดันความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับภูมิภาค

สนับสนุนงบประมาณเฉพาะกิจให้แก่พื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติหนาแน่น เพื่อเสริมศักยภาพหน่วยบริการด้านบุคลากร ล่ามสุขภาพ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่ และกิจกรรมเชิงรุก

5.4.5.4 พัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพให้พร้อมรองรับความหลากหลายทางวัฒนธรรม

จัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับวัฒนธรรม ภาษาของแรงงานข้ามชาติ และวิธีการดูแลกลุ่มเปราะบาง รวมถึงสนับสนุนให้มีล่ามสุขภาพประจำสถานบริการ

5.4.6 ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.4.6.1 ควรมีการศึกษาที่ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ และนำไปสู่การกำหนดนโยบายที่สอดคล้องกับบริบทของแรงงานข้ามชาติในแต่ละภูมิภาค

5.4.6.2 ควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสาร เนื่องจากแรงงานกลุ่มนี้มักเผชิญกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข อีกทั้งยังเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูงและมีความเสี่ยงต่อการถูกเอารัดเอาเปรียบ การศึกษากลุ่มนี้จะช่วยเติมเต็มช่องว่างขององค์ความรู้ และสนับสนุนการออกแบบนโยบายหรือมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทจริง รวมถึงส่งผลดีต่อระบบสาธารณสุขโดยรวมในด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่ออย่างทั่วถึง

5.4.6.3 ควรใช้วิธีเก็บข้อมูลที่หลากหลาย เช่น การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) หรือการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และลดข้อผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้นจากแบบสอบถาม

5.4.6.4 ควรมีการศึกษาที่ครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น บริบททางเศรษฐกิจ นโยบายของรัฐ ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ และโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ที่แม่นยำมากขึ้น



รายการอ้างอิง

- กระทรวงอุตสาหกรรม. (2559). *ยุทธศาสตร์การพัฒนาอุตสาหกรรมไทย 4.0 ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579)*.
<https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171114-oie.pdf>
- กองการต่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2561). *คู่มือการเปิดจุดผ่านแดนระหว่างไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน*. กระทรวงมหาดไทย.
<http://www.fad.moi.go.th/images/Document/border-Province.pdf>
- กิตติชัย แซ่ลิ่ม. (2563). *ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าว ในจังหวัดเชียงใหม่*.
 วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
<https://cmudc.library.cmu.ac.th/frontend/Info/item/dc:162306>
- กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย. (2539). *ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการบริการรักษาพยาบาลในภาคเอกชน*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- แก้วใจ มาทอง, ธารทิพย์ เหลืองตรีชัย, นิติรัตน์ พูลสวัสดิ์ และอมรชัย ไตรคุณากรวงศ์. (2567). *การสำรวจสถานะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติพื้นที่กรุงเทพมหานคร*. *วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง*, 9(2). <https://doi.org/10.14456/iudcj.2024.21>
- จิรวรรณ รัตจำกร, อารยา ประเสริฐชัย และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2566). *การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในอำเภอปากพนัง จังหวัดนครศรีธรรมราช*. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 16(1), 54–65.
- จุฬามาศ ยลศิริวัฒน์. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามสิทธิบัตรประกันสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในจังหวัดระยอง*. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3), 88–99.
- ขวลิต สละ. (2551). *หลักเศรษฐศาสตร์แรงงานเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ขอ มั่น, พิษณุรักษ์ กันทวิ, ภมรศรี อินทร์ชน, สิรินันท์ สุวรรณภรณ์, สุรศักดิ์ ธีรศวรรยวงศ์กูร, รณศ ว่องวิไลรัตน์, และพินิตทิพา มาลาหอม. (2567). *การสำรวจความไม่เท่าเทียมในการใช้บริการสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวเมียนมา ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย*. *เชียงรายเวชสาร*, 16(3), 19–34.
- ณัฐธัญญา ไชยพิศ และอจิราภัส เพียรขุนทด. (2565). *การเข้าถึงการประกันสังคมของกลุ่มแรงงานต่างด้าว :กรณีศึกษาเปรียบเทียบแรงงานต่างด้าวในระบบและนอกระบบ ในจังหวัดชลบุรี*. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 7(12).

ณิชาธิ์ ปัญญโพธิ์วัฒน์, อุษาวดี ไพรราม, ณพสิทธิ์ จักรพาณิชย์ และปฐมพงศ์ มโนหาญ. (2564).

การศึกษาปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่
เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดเชียงราย อำเภอแม่สาย เชียงแสน และเชียงของ.

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 44(1).

ดุชนิ์ อายุวัฒน์, อติเรก เร่งมานะวงศ์, และสังคม ศุภรัตน์กุล. (2556). ภาวะสุขภาพ

และการรับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวลาว ในภาคเกษตรกรรมของภาคอีสาน.

วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 43(1), 4–16.

ทรงชัย ทองปาน. (2563). องค์ความรู้ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติกับสุขภาพ: ผลจากการสังเคราะห์งานวิจัย

ว่าด้วยแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย. วารสารสุขภาพศึกษา, 43(2), 1–17.

ทวีศักดิ์ สุททวาทีน. (2544). การปฏิรูประบบการจัดการเพื่อรองรับการประกันสุขภาพในประเทศไทย.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

<http://library.dmh.go.th/dmh/dublin.php?f=dublin&ID=9673#.ZGTMI3ZBx1c>

ทิพวรรณ เลียบสือตระกูล, หมิวมินอุ, เพชรวรรณ พึ่งรัศมี, นริศ บุญธนภัทร, และเทพโกโกอง.

(2564). การประกันสุขภาพและความล่าช้าในการเข้าถึงและรับการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค
ที่เป็นแรงงานข้ามชาติชาวลาวในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทย.

<https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5345>

ที่ว่าการอำเภอแม่สาย. (2566). ข้อมูลอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย. ที่ว่าการอำเภอแม่สาย.

ฉันทพร พันธุ์อารีย์. (2539). ผลกระทบของการนำนโยบายผ่อนผันการให้ใช้แรงงานอพยพ

สัญชาติพม่าไปปฏิบัติในอำเภอเมือง จังหวัดระยอง (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต).
มหาวิทยาลัยเกริก.

นรา รัตนจุ. (2554). การบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา :

ทบทวนอดีตและกำหนดแนวทางการบริหารจัดการในอนาคต หลัง 14 มิถุนายน 2555.

กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน.

นรากร ศรีเที่ยง. (2564, ตุลาคม 11). แรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงสวัสดิการด้านสุขภาพในรัฐไทย:

กรณีศึกษาแรงงานข้ามชาติจังหวัดสมุทรสาคร.

<https://www.amnesty.or.th/latest/blog/921/>

นฤพนธ์ ทรงพระ และบรรเจิด สิงคะเนติ. (2560). สิทธิของคนต่างด้าวในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ.

วารสารสหศาสตร์, 17(2), 3–31.

เบญจพร ทองมาก และวรวิทย์ มิตรทอง. (2564). การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ และบัตรประกันสังคม ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวและบุคลากร ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 13(1), 52–64.

ประกาศกระทรวงคมนาคม เรื่อง การจัดให้มีสถานีขนส่งผู้โดยสารอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย.

(2538, 31 ตุลาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 112 ตอน 87 ง. หน้า 8-9.

ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง ตั้งกิ่งอำเภอแม่สาย ขึ้นอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย.

(2481, 20 กุมภาพันธ์). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 55. หน้า 3873.

ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง ยกฐานะกิ่งอำเภอแม่สาย อำเภอแม่จัน ขึ้นเป็นอำเภอ.

(2493, 11 เมษายน). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 67 ตอน 21. หน้า 3433

ปิยนันท์ เรือนคำ. (2563). สิทธิการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวในสถานบริการสาธารณสุข สังกัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข*, 6(2), 423–434.

https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/238495

ปิยะพร ศรีสมุทร. (2558). *แนวทางการพัฒนาการท่องเที่ยวชายแดนแม่สาย-ท่าขี้เหล็ก อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พงษ์ศักดิ์ ผกามาศ, ชัยวัฒน์ ประสงค์สร้าง, เศรษฐชัย ชัยสนิท, ชูเกียรติ ช่วยเพชร และธนู อยู่สุชี.

(2562). *แนวทางการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าว ในภาคตะวันออกของประเทศไทย*.

วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา, 7(2), 190–229.

พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี, วลลภ ใจดี, และจิรภัค สุวรรณเจริญ. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการประกันสุขภาพในมุมมองของแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษาจังหวัดชลบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาล และการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1), 165–180.

https://doi.org/10.237/SCNET_JOURNAL/INDEX.PHP/SCNET

พระราชบัญญัติการจัดการการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2560. (2560, 22 มิถุนายน).

ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 164 ตอนที่ 65 ก. หน้า 1-32.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550, 19 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. หน้า 1-18.

พันธ์รบ ราชพงศา (บรรณาธิการ). (2557). *แรงงานไร้ฝีมือ คือ ผู้สร้างชาติ สร้างอาเซียน*.

หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ (เล่ม 4, หน้า 1).

https://www.itd.or.th/itd-data-center/article_unskilled-labor-creator-of-the-nation-building-asean/

- พิษณุรักษ์ กันทวิ (บรรณาธิการ). (2563). *จากประสบการณ์ สู่งานเขียนร้อยเรียงเรื่องเล่าชายแดน ไทย-ลาว-เมียนมา*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด วณิชการพิมพ์.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์, นิกร ฮะเจริญ, และรัชดา เรืองสารกุล. (2566). ประสบการณ์ ความทุกข์ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติกับความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ. *วารสารสหศาสตร์*, 23(1). ภาสวรรณ พังสอาด. (2564). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ: กรณีศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิชาการและพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช*, 1(2), 41–55.
- มาริษา วุฒิกระพันธ์. (2566). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ในสถานบริการภาครัฐของแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเมียนมา ลาว และกัมพูชา ในจังหวัดสงขลา*. ใน เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (หน้า1-14). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
- รุ่งทิพา เวชเพิ่ม และวาสิตา บุญเกิด. (2564, 2 พฤษภาคม). *แรงงานข้ามชาติ: สิทธิประโยชน์ประกันสังคม ที่ถูกมองข้าม*.
<https://voicelabour.org/>
- วิลาสณี คีตวัฒนานนท์, ญัฐณีย์ มีมนต์, Chun Paek, S. และธรรมรัตน์ มะโรหบุตร. (2562). ความเจ็บป่วยและการแสวงหาการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกัมพูชา ที่ตลาดการค้าชายแดน ช่องจอมจังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 96–109.
- ศราววุฒิ เหล่าสาย. (2555). การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติชาวพม่า ในโรงงานอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น. *Khon Kaen University Graduate Research Conference*, 1131–1147.
- ศศิวิมล ดีคำ และญัฐณีย์ มีมนต์. (2561). การใช้บริการการฝากครรภ์และการคลอดของแรงงานข้ามชาติหญิงชาวพม่าในจังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 26(51), 170–187.
- สภาการสาธารณสุขชุมชน. (2564). *โครงการอบรมฟื้นฟูองค์ความรู้วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนออนไลน์ 2564 หัวข้อ บริหารสาธารณสุข*. [สไลด์พาวเวอร์พอยต์]. สภาการสาธารณสุขชุมชน.
- สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน. (2561). *คู่มือการลงทุนในเขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษ*.
https://www.boi.go.th/upload/content/AW_BOI_book_special%20economic%20zone_20170919_34463_5ae02f134d735.pdf

- สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงราย. (2566). ข้อมูลแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงาน
จังหวัดเชียงราย.
https://www.doe.go.th/prd/chiangrai/custom/param/site/70/cat/40/sub/0/pull/detail/view/detail/object_id/2517
- สำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงราย. (2566). สถิติแรงงานต่างด้าว จังหวัดเชียงราย เดือนมิถุนายน
พ.ศ. 2566. https://chiangrai.mol.go.th/labor_statistics
- สำนักงานแรงงานระหว่างประเทศ. (2551). มาตรฐานแรงงานระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิแรงงานข้ามชาติ:
แนวทางสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติในเอเชียแปซิฟิก. สำนักงานแรงงานระหว่าง
ประเทศ ค.ศ. 2008.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. (2560). งานสาธารณสุขชายแดน.
<http://61.19.32.28/cri-borderhealth/border.php>
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย. (2566). แผนยุทธศาสตร์สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย
ปีงบประมาณ 2566. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย.
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. (2566). สถิติจำนวนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่ราชอาณาจักร
ฉบับประจำเดือนเมษายน 66.
<https://www.doe.go.th/alien>
- สิริโหม พรหมโหม. (2558). การทำงานของคนต่างด้าวหรือแรงงานข้ามชาติ. *จุลนิติ*, 12(1), 185–194.
- สุณี ฉัตราคม. (2523). *เศรษฐศาสตร์แรงงานระหว่างประเทศ*. หอรัตนชัยการพิมพ์.
- สุสัณหา ยิ้มแย้ม. (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของแรงงานข้ามชาติสตรีไทใหญ่. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*,
42(3), 68–82.
- องค์การแรงงานระหว่างประเทศ. (2492). *อนุสัญญาฉบับที่ 97 ว่าด้วยการโยกย้ายถิ่นฐาน
เพื่อการจ้างงาน (ปรับปรุงใหม่)*. องค์การแรงงานระหว่างประเทศ.
- อัครวัฒน์ คำหวาน และปัทพงษ์ เกษสมบุรณ์. (2559). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ
กรณีศึกษา อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(3), 359–374
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). *A Framework for the Study of Access to Medical Care*.
Health Services Research.

- Attalla, S. M., Baobaid, M. F., Ads, H. O., Mohamed, J., Hamzah, H., Hanafy, N. A., & Zulfanefandy, N. N. B. (2023). Anderson Behavioral Model For Health Service Utilization: A Cross-Sectional Study Among Immigrations In SELANGOR, MALAYSIA. *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 23(2), 332–341. <https://doi.org/10.37268/MJPHM/VOL.23/NO.2/ART.1846>
- Aung, T., Pongpanich, S., & Robson, M. G. (2009). Health Seeking Behaviors Among MYANMAR Migrant Workers In RANONG Province, THAILAND. *J Health Res*, 23, 5–9.
- Bade, R., & Parkin, M. (2003). *Foundations of Economics*. Addison-Wesley Longman, Incorporated. <https://books.google.co.th/books?id=HIYFAAAACAAJ>
- Bhugra, D. (2004). Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 243–258. <https://doi.org/10.1046/J.0001-690X.2003.00246.X>
- Böhme, M. H., Persian, R., & Stöhr, T. (2015). Alone but better off? Adult child migration and health of elderly parents in Moldova. *Journal of Health Economics*, 39, 211–227. <https://doi.org/10.1016/J.JHEALECO.2014.09.001>
- Bozorgmehr, K., McKee, M., Azzopardi-Muscat, N., Bartovic, J., Campos-Matos, I., Gerganova, T. I., . . . Puthooppambal, S. J. (2023). Integration of migrant and refugee data in health information systems in Europe: advancing evidence, policy and practice. *The Lancet Regional Health - Europe*, 34, 100744. <https://doi.org/10.1016/J.LANEPE.2023.100744>
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D. T., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36(Volume 36, 2015), 375–392. <https://doi.org/10.1146/ANNUREV-PUBLHEALTH-032013-182419/CITE/REFWORKS>
- Cho, H. J., Kang, K., & Park, K. Y. (2024). Health and medical experience of migrant workers: qualitative meta-synthesis. *Archives of Public Health*, 82(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/S13690-024-01254-Z/TABLES/3>
- Cochran, W. G. (1948). *Sampling survey techniques*. North Carolina State University. Dept. of Statistics.

- Cronbach, L. J. (1947). Test “Reliability”: Its Meaning And Determination. *Psychometrika*, 12(1), 1–16. <https://doi.org/10.1007/bf02289289>
- Davies, A. A., Basten, A., & Frattini, C. (n.d.). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants International Organization for Migration (IOM) Background Paper*. Retrieved March 7, 2025, from <http://www.belgium.iom.int>
- De Vito, E., de Waure, C., Lucia Specchia, M., Parente, P., Azzolini, E., Maria Friscale, E., . . . Ricciardi, W. (2016). *Are undocumented migrants’ entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union?* <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0026-3>
- Dervićdervić, E., Ali, O., Deischinger, C., Prieto-Curiel, R., Stütz, R., -Lenor Mittendorfer-Rutz, E., & Klimek, P. (2024). *Healthcare Utilization Patterns Among Migrant Populations: Increased Readmissions Suggest Poorer Access. A Population-Wide Retrospective Cohort Study*. <https://arxiv.org/abs/2408.16317v1>
- Gomis, R., Carrillo, P., Kapsos, S., & Mahajan, A. (2023, March). *New data shine light on gender gaps in the labour market*. International Labour Organization. https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@stat/documents/publication/wcms_870519.pdf
- Gulliford, M., & Jessop, E. (2001). *Healthcare Public Health Improving Health Service through Population Science*. Oxford University.
- Hacker, K., Anies, M., Folb, B. L., & Zallman, L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 175. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S70173>
- Iacobucci, D., Posavac, S. S., Kardes, F. R., Schneider, M. J., & Popovich, D. L. (2015). The median split: Robust, refined, and revived. *Journal of Consumer Psychology*, 25(4), 690–704. <https://doi.org/10.1016/j.jcps.2015.06.014>
- International Labour Organization (ILO). (1999, June). *Migrant Workers*. <https://www.ilo.org/public/english/standards/relm/ilc/ilc87/r3-1b2.html>

- Khongthanachayopit, S., & Laohasiriwong, W. (2017). Accessibility to health services among migrant workers in the Northeast of Thailand. *F1000Research*, 6. <https://doi.org/10.12688/f1000research.11651.1>
- Ku, L., & Matani, S. (2001). Left out: immigrants' access to health care and insurance. *Health Affairs (Project Hope)*, 20(1), 247–256. <https://doi.org/10.1377/HLTHAFF.20.1.247>
- Kunpeuk, W., Julchoo, S., Phaiyaron, M., Sinam, P., Pudpong, N., Loganathan, T., . . . Suphanchaimat, R. (2022). Access to Healthcare and Social Protection among Migrant Workers in Thailand before and during COVID-19 Era: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 3083. <https://doi.org/10.3390/IJERPH19053083>
- Lee, W., Neo, A., Tan, S., Cook, A. R., Wong, M. L., Tan, J., . . . Ho, C. (2014). Health-seeking behaviour of male foreign migrant workers living in a dormitory in Singapore. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-300>
- Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18/FIGURES/2>
- Likert, R. (2017). The method of constructing an attitude scale. In *Scaling* (pp. 233–242). Routledge.
- Meng, Q., Xu, L., Zhang, Y., Qian, J., Cai, M., Xin, Y., . . . Barber, S. L. (2012). Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study. *Lancet (London, England)*, 379(9818), 805–814. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60278-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60278-5)
- Meyer, S. R., Lasater, M., & Tol, W. A. (2017). Migration and Mental Health in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. *Psychiatry*, 80(4), 374–381. <https://doi.org/10.1080/00332747.2017.1354608>

- Moullan, Y., & Jusot, F. (2014). Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *European Journal of Public Health*, 24(suppl_1), 80–86. <https://doi.org/10.1093/EURPUB/CKU112>
- Niramit, R., & Promphakping, B. (2019). Factors Affecting Access to Health Services of Female Lao's Sex and Service Workers at The Border Ubonratchathani Province. *Journal of Social Development*, 21(2), 78–95.
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The Concept of Access Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2). <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Peng, Y., Chang, W., Zhou, H., Hu, H., & Liang, W. (2010). Factors associated with health-seeking behavior among migrant workers in Beijing, China. *BMC Health Services Research*, 10. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-69>
- Persinger, G. (2000). *Pharmaceutical Benefits under State Medical Assistance Programs*. <http://www.npcnow.org/pdf/assistpro/appendixe.pdf>
- Rosen, R., Florin, D., & Dixon, J. (2001). *Access to health care: Taking forward the findings from the scoping exercise*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO). <https://njl-admin.nihr.ac.uk/document/download/2008663>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1976). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. *Paper Presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association : California. April 19-23*, 1–37.
- Sai Han Nwi, Katonyoo, C., & Na Chiangmai, N. (2018). Health Seeking Behaviors and Access to Health Services of Shan Migrant Workers in HANG DOND District, CHIANG MAI Province. *Ganesha Journal*, 14(1), 33–48.
- Shao, S., Wang, M., Jin, G., Zhao, Y., Lu, X., & Du, J. (2018). Analysis of health service utilization of migrants in Beijing using Anderson health service utilization model. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3271-y>

- Suphanchaimat, R., Kosiyaporn, H., & Limwattanayingyong, A. (2019). Migrant Policies in Thailand in Light of the Universal Health Coverage: Evolution and Remaining Challenges. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal*, 12(2), 68–74. <https://doi.org/10.59096/OSIR.V12I2.262971>
- United Nations. (2020). *Migrants Protect NOT Marginalize*.
<https://www.un.org/en/fight-racism/vulnerable-groups/migrants>
- Vargas Bustamante, A., Fang, H., Garza, J., Carter-Pokras, O., Wallace, S. P., Rizzo, J. A., & Ortega, A. N. (2012a). Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: The role of documentation status. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 14(1), 146–155. <https://doi.org/10.1007/S10903-010-9406-9/TABLES/3>
- Wagstaff, A., Flores, G., Hsu, J., Smits, M. F., Chepynoga, K., Buisman, L. R., . . . Eozenou, P. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet. Global Health*, 6(2), e169–e179. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)
- Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 22(3), 429–445.
<https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
- Wickramage, K., Vearey, J., Zwi, A. B., Robinson, C., & Knipper, M. (2018). Migration and health: A global public health research priority. *BMC Public Health*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/S12889-018-5932-5/TABLES/2>
- Wongsuwanphon, S., Chottanapund, S., Knust, B., Wongjindanon, N., & Suphanchaimat, R. (2024). Access to healthcare services and factors associated with unmet needs among migrants in Phuket Province, Thailand, 2023: a cross-sectional mixed-method study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1161. <https://doi.org/10.1186/S12913-024-11589-6/TABLES/5>
- World Health Organization (WHO). (1978, September 12). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference on Primary Health Care.
<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

World Health Organization (WHO). (2021). *World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240027053>

Zimmerman, C., Kiss, L., & Hossain, M. (2011). Migration and health: a framework for 21st century policy-making. *PLoS Medicine*, 8(5).

<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1001034>



ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองจริยธรรมในมนุษย์



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfl.ac.th

หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

COA: 161/2024

รหัสโครงการวิจัย: EC 24072-18

ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ชื่อผู้วิจัยหลัก: นายธนภุต สถาพรวงษา

สำนักวิชา: วิทยาศาสตร์สุขภาพ

ผู้สนับสนุนการวิจัย: ทนส่วนตัว

การรับรอง :

- | | |
|---|--|
| (1) โครงการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 4 มิถุนายน 2567 |
| (2) เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 4 มิถุนายน 2567 |
| (3) แบบสอบถาม | ฉบับที่ 1 วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2567 |
| (4) ข้อมูลประชาสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย | ฉบับที่ 2 วันที่ 4 มิถุนายน 2567 |
| (5) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม | |
| - นายธนภุต สถาพรวงษา | - ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบุลย์ |
| - อาจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ | |

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รายงานเบลมอนต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH-GCP)

วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย: 5 สิงหาคม 2567

วันสิ้นสุดการรับรอง: 4 สิงหาคม 2568

ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย: 1 ปี

ลงนาม

(อาจารย์ นพ.เกษร อิมพิล)

รองประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfu.ac.th

ผู้วิจัยที่โครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ต้องปฏิบัติตามต่อไปนี้

- (1) ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- (2) ใช้เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย / แบบสอบถาม / แบบบันทึกข้อมูล / เอกสาร
ประชาสัมพันธ์ ที่มีตราประทับของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เท่านั้น
- (3) ผู้วิจัยต้องส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย (AP 05/2024) ตามระยะเวลาที่คณะกรรมการฯ กำหนด และ
ภายใน 30 วัน ก่อนหมดอายุการรับรอง ในกรณีที่การวิจัยยังไม่เสร็จสิ้น ผู้วิจัยต้องส่งจดหมายขอต่ออายุ
การรับรอง
- (4) เมื่อมีการแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย ผู้วิจัยต้องส่งรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัย (AP 06/2024) และ
โครงการวิจัยที่มีการแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อแจ้งให้คณะกรรมการฯ พิจารณารับรองก่อนดำเนินการตามที่ได้แก้ไข
เพิ่มเติม (ยกเว้นในกรณีที่การแก้ไขเพิ่มเติมนั้นกระทำเพื่อความปลอดภัยของอาสาสมัคร)
- (5) เมื่อมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรง “ในสถาบัน” ผู้วิจัยต้องส่งรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ชนิด
ร้ายแรง (AP 07/2024) ตามข้อกำหนดของ ICH-GCP
- (6) เมื่อมีการเบี่ยงเบนหรือไม่ปฏิบัติตามโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรอง ผู้วิจัยต้องส่งรายงานการเบี่ยงเบน
หรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนด (AP 08/2024)
- (7) เมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น หรือ มีการยุติโครงการวิจัยก่อนกำหนดเวลาที่กำหนด ผู้วิจัยต้องส่งรายงาน
ปิดโครงการวิจัย (AP 09/2024)

หมายเหตุ สามารถ Download แบบรายงานต่าง ๆ ได้ที่ <https://ethic.mfu.ac.th>

ข้าพเจ้าในฐานะ ผู้วิจัย ยินยอมที่จะปฏิบัติตามข้อกำหนดดังกล่าว

(นายธนกฤต สถาพรวงษา)

วันที่ 5 ส.ค. 2567



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research
333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100
Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfl.ac.th

CERTIFICATE OF APPROVAL

COA: 161/2024

Protocol No: EC 24072-18

Title: Factors associated with access to health services among migrant workers, Mae Sai District, Chiang Rai Province

Principal investigator: Mr. Thanakit Sathapornwajana

School: Health Science

Funding support: Personal Budget

Approval:

- | | |
|---|---|
| 1) Research protocol | Version 2 Date June 4, 2024 |
| 2) Information sheet and informed consent documents | Version 2 Date June 4, 2024 |
| 3) Questionnaire | Version 1 Date February 20, 2024 |
| 4) Research participant recruitment information | Version 2 Date June 4, 2024 |
| 5) Principal investigator and Co-investigators | |
| - Mr. Thanakit Sathapornwajana | - Assistant Professor Siwarak Kitchanapaibul, Ph.D. |
| - Lecturer Phitsanuruk Kanthawee, Ph.D. | |

The aforementioned documents have been reviewed and approved by the Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research in compliance with international guidelines such as Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use - Good Clinical Practice (ICH - GCP)

Date of Approval: August 5, 2024

Date of Expiration: August 4, 2025

Frequency of Continuing Review: 1 year

(Lecturer Kaset Chimplee, M.D.)

Vice Chairperson of the Mae Fah Luang Ethics Committee on Human Research



The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research

333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiang Rai 57100

Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rec.human@mfu.ac.th

For research protocol approved by the Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research (MFU EC), the investigators must comply with the followings:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol.
2. Use only the information sheet, consent form, questionnaire, case record form and advertisement bearing the MFU EC stamp of approval.
3. Submit a progress report (AP 05/2024) for continuing review and for renewing the approval within 30 days before expiration date.
4. When there are changes of the protocol, the investigator must submit an amendment report (AP 06/2024) with amended protocol for MFU EC approval before implementing any changes in the research (unless those changes are required urgently for the safety of the research subjects).
5. When there is any unanticipated problem or serious adverse event, the investigator must submit a safety report (AP 07/2024) as set forth in the ICH-GCP.
6. When there is any deviation or non-compliance with the approved protocol, the investigator must submit a protocol deviation/non-compliance report (AP 08/2024).
7. When the research is complete or terminated, the investigator must submit a closing report (AP 09/2024).

Please go to <https://ethic.mfu.ac.th> to download MFU EC forms for reporting.

I, as an investigator, agree to comply with the above obligation.

.....

(Mr. Thanakit Sathapornwajana)

Date 5.8.0.2567

ภาคผนวก ข

แบบสอบถาม

Version...1...Date...20/2/2024...

เลขที่ :

แบบสอบถาม

(สำหรับแรงงานข้ามชาติอายุ 20 ปีขึ้นไป)

วิจัยเรื่อง : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

คำชี้แจง

โปรดตอบแบบสอบถามให้ครบทุกข้อ โดยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือตารางที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ข้อมูลนี้เป็นความลับไม่มีผลเกี่ยวกับตัวท่าน หรือก่อให้เกิดความเสียหายประการใดแต่จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษารายเรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย” เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของบุคคล

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 5 ด้านของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

- ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ
- ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
- ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพ
- ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ
- ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ขอขอบคุณไว้ ณ โอกาสนี้ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

05 AUG 2024

APPROVED

Version 1 Date 20/2/2024

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของบุคคล

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ☐ หน้าคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด และกรุณากรอกรายละเอียดลงในช่องว่างที่กำหนดให้ถ้าหากท่านเลือกข้อนั้น

1. เพศ : ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ : ปี

3. สถานภาพสมรส

☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง ☐ แยกกันอยู่

4. ศาสนา

☐ พุทธ ☐ คริสต์ ☐ อิสลาม ☐ อื่น ๆ

5. สัญชาติ

☐ เมียนมา ☐ ลาว ☐ กัมพูชา ☐ เวียดนาม ☐ อื่น ๆ

6. เชื้อชาติ

☐ ไทยใหญ่ ☐ ไทลื้อ ☐ ไทเขิน ☐ ไทยวน ☐ ไทหย่า
☐ จีนยูนนาน ☐ อาข่า ☐ ลาหู่ ☐ ชาวสัวะ ☐ ชาวตาระอั้ง
☐ อื่น ๆ ระบุ

7. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้รับการศึกษา ☐ ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3) ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ม.4-ม.6)
☐ อนุปริญญา/ปวส. ☐ ปริญญาตรี/หรือสูงกว่า
☐ อื่น ๆ

8. สิทธิการรักษาพยาบาล

☐ ไม่มีสิทธิการรักษา ☐ ประกันสังคม ☐ บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ (ของรัฐ)
☐ บัตรประกันสุขภาพ (ตัวเอง) ☐สวัสดิการโดยนายจ้าง ☐ อื่น ๆ ระบุ

9. อาชีพ

☐ กรรมกร (แรงงาน) ☐ งานก่อสร้าง (อาคาร ถนน) ☐ ทำมีด
☐ ทำหินอ่อน ผ้าไหมนวม ☐ ทำหมวก ☐ เพาะปลูก (ทางการเกษตร)
☐ ทำเครื่องปั้นดินเผา ☐ ทำเครื่องแต่งกาย ☐ ทำรองเท้า
☐ งานบัญชี ☐ วิศวกร (มีใบอนุญาต) ☐ สถาปัตยกรรม (จิตรกรรม)
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

05 AUG 2024

APPROVED

Version...1...Date...20/2/2024...

10. ระยะเวลาการประกอบอาชีพ (ในประเทศไทย)ปี.....เดือน
11. รายได้ต่อเดือน ระบุ.....บาท
12. ท่านสูบบุหรี่ หรือไม่ (หากไม่สูบบุหรี่ไปทำข้อ 13)
☐ ไม่สูบ ☐ สูบ ระยะเวลา.....ปี.....เดือน
13. ใน 1 วันท่านสูบบุหรี่.....มวน
14. ท่านดื่มสุรา หรือไม่ (หากไม่ดื่มข้ามไปทำข้อ 15)
☐ ไม่ดื่ม ☐ ดื่ม ระยะเวลา.....ปี.....เดือน
15. ท่านดื่มสุราร้อยเพียงใด
☐ ทุกวัน (7 วัน/สัปดาห์) ☐ เกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)
☐ วันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์) ☐ ทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์)
☐ ทุกเดือน (1-3 วัน/3เดือนที่แล้ว)
16. ที่พักอาศัย
☐ บ้านตนเอง (ประเทศต้นทาง/ไปกลับ) ☐ บ้านเช่า (ประเทศปลายทาง)
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
17. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....
18. ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยหรือไม่
☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....
19. ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านป่วยหนักจนต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่
☐ ไม่นอน ☐ นอน สาเหตุ.....
20. เมื่อท่านเจ็บป่วยหรือมีปัญหาสุขภาพการดูแลสุขภาพอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ป่วยให้หายเอง
☐ รักษาด้วยสมุนไพร
☐ ซื้อยาจากรายขายยามารับประทาน
☐ รักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ (เช่น โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
☐ รักษาที่คลินิกเอกชน
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

05 AUG 2024

APPROVED

Version...1...Date, 20/2/2024...

21. ท่านมีวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างไรเป็นอันดับแรก

- ☐ ปลดปล่อยให้หายเอง
☐ รักษาด้วยสมุนไพร
☐ ซื้อยาจากรายขายยามารับประทาน
☐ รักษาที่สถานพยาบาลของรัฐ (เช่น โรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล)
☐ รักษาที่คลินิกเอกชน
☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

22. เมื่อเวลาท่านมีอาการเจ็บป่วย มีเพื่อนหรือญาติพี่น้องดูแลหรือไม่ (ถ้าไม่มีข้ามไปทำข้อ 24)

- ☐ ไม่มีคนดูแล ☐ มีคนดูแล ระบุ.....

23. เมื่อเวลาท่านมีอาการเจ็บป่วย มีเพื่อนหรือญาติพี่น้องดูแลอย่างไร

- ☐ มีคนดูแลบางครั้ง ☐ มีคนดูแลทุกครั้ง

24. ท่านมีสิทธิในการรักษาพยาบาล โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายหรือไม่

- ☐ ไม่มี ☐ มี โปรดระบุ.....

25. ท่านทราบถึงสิทธิประโยชน์ในบัตรประกันสุขภาพในประเทศไทยหรือไม่

- ☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

26. เมื่อท่านเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย ท่านได้รับการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายจากใครบ้าง

- ☐ ไม่มี/จ่ายเอง ☐ นายจ้าง ☐ อื่น ๆ โปรดระบุ.....

27. ค่ารักษาพยาบาลที่จ่าย.....บาท/ครั้ง

28. ท่านทราบหรือไม่ว่าการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ

- ☐ ทราบ ☐ ไม่ทราบ

29. ท่านทราบข้อมูลการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติจากที่ได้

- ☐ รับรู้จากสถานพยาบาล ☐ สื่อสังคมออนไลน์ (เฟสบุ๊ก ไลน์ ฯลฯ)
☐ เพื่อนแนะนำ ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

30. เมื่อท่านไม่สบายหรือเจ็บป่วย ท่านมักไปใช้บริการที่ใด ระบุ..... (ระบุสถานบริการ)

31. สาเหตุของการใช้สถานบริการที่ท่านมักไปใช้บริการ ระบุ.....



Version...1...Date..20/2/2024...

ส่วนที่ 2 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ 5 ด้านของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

- ด้านความเพียงพอของบริการสุขภาพ
- ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ
- ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพ
- ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ
- ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ

คำชี้แจง : กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตารางที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวในแต่ละข้อที่ท่านได้รับการบริการจากสถานบริการด้านสุขภาพ

ข้อที่	รายการ	ระดับความต้องการ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.1 ความเพียงพอของบริการสุขภาพ						
1	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
2	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับค่าบริการสุขภาพจิต เพียงพอ กับความต้องการของท่านในระดับใด					
3	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการฉีดวัคซีน เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
4	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการบริการคลินิกนิรนาม (บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเอดส์ กามโรค) เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
5	ท่านได้รับความรู้การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเสพติด (เลิกเหล้า บุหรี่ อื่น ๆ) เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
6	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับการบริการด้านสุขภาพในอำเภอแม่สายเพียงพอในระดับใด					
7	ท่านได้รับการวางแผนชีวิต ครอบครัว เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
8	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันเอดส์ กามโรค เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

05 AUG 2024

APPROVED

Version...1...Date, 20/2/2024...

ข้อที่	รายการ	ระดับความต้องการ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
9	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับบริการ การรักษาสุขาภาพช่องปาก เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
10	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับบริการ การรักษาเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
11	ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาท่านได้รับบริการ การรักษาเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรัง เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
12	ท่านได้รับการส่งเสริมการออกกำลังกายเพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
13	ท่านได้รับการดูแลรักษา ตัวเองขั้นต้น เช่น โรคไข้หวัด เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
14	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปาก เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
15	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการกินอาหารที่เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
16	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสม เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
17	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการแก้ปัญหาสุขภาพจิต หรือคลายเครียด เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
18	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
19	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการป้องกันยาเสพติด เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
20	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการเลือกซื้ออาหาร และยา เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					
21	ท่านได้รับ ความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพียงพอกับความต้องการของท่านในระดับใด					

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

05 AUG 2024

APPROVED

Version...1...Date_20/2/2024...

ข้อที่	รายการ	ระดับการเข้าถึง				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2.2 ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ						
1	ท่านสามารถเข้าถึง หรือไปรับบริการสุขภาพด้วยความสะดวกในระดับใด					
2	ท่านสามารถเข้าถึง หรือไปรับบริการสุขภาพที่มีการคมนาคมด้วยความสะดวก ในระดับใด					
3	ท่านสามารถเข้าถึง หรือไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วไม่น้อยกว่า 30 นาที ในระดับใด					
4	ท่านสามารถเข้าถึง หรือไปใช้บริการสุขภาพได้ตลอด 24 ชม. ในระดับใด					
5	สถานบริการสุขภาพที่ท่านมีสิทธิ ตั้งอยู่ใกล้บ้านท่านในระดับใด					
2.3 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกของสถานบริการสุขภาพ						
☐ ไม่เคยใช้ (ข้ามไปข้อ 2.4) ☐ เคยใช้						
1	สถานบริการสุขภาพมีความพร้อมที่จะให้บริการในระดับใด					
2	สถานบริการสุขภาพอธิบายขั้นตอนการให้บริการชัดเจนในระดับใด					
3	สถานบริการสุขภาพอำนวยความสะดวกในการติดต่อขอรับบริการในระดับใด					
4	สถานบริการสุขภาพมีความสะอาดเป็นระเบียบเรียบร้อยในระดับใด					
5	ท่านเข้าถึง หรือได้ใช้บริการสุขภาพโดยสถานบริการสุขภาพมีการประชาสัมพันธ์รายละเอียด จำนวน ชนิด เวลาให้บริการอย่างชัดเจนในระดับใด					
6	ท่านเข้าถึง หรือได้ใช้บริการสุขภาพโดยสถานบริการสุขภาพที่มีขั้นตอนการให้บริการไม่ยุ่งยากซับซ้อนในระดับใด					
2.4 ด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการด้านสุขภาพ						
1	ท่านสามารถเสียค่าใช้จ่ายเมื่อไปใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการด้านสุขภาพในระดับใด					

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY
ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

05 AUG 2024

APPROVED

Version...1...Date, 20/2/2024...

ข้อที่	รายการ	ระดับการเข้าถึง/ได้รับ				
		มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
2	ท่านสามารถใช้บริการสุขภาพโดยใช้บัตร หรือสิทธิในการรักษาพยาบาลได้ครอบคลุมการเจ็บป่วยของท่านในระดับใด					
3	ท่านมีรายได้เพียงพอสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของท่านในระดับใด					
4	ปีนี้ท่านได้รับบริการสุขภาพ จากสถานบริการสุขภาพคุ้มกับเงินที่รัฐจ่ายให้ ในระดับใด					
2.5 ด้านการยอมรับคุณภาพของบริการสุขภาพ						
ท่านเคยไปใช้บริการสุขภาพหรือไม่ ☐ ไม่เคยใช้ ☐ เคยใช้						
1	ท่านได้ใช้บริการสุขภาพ และมีการบันทึกสมุดบันทึกสุขภาพในระดับใด					
2	ท่านได้รับการดูแลสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมในระดับใด					
3	ท่านได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านในการดูแลสุขภาพระดับครอบครัวในระดับใด					
4	ท่านได้รับบริการจากเจ้าหน้าที่ที่มีความสามารถในการให้คำปรึกษาแก่ท่าน ในระดับใด					
5	ท่านได้รับยา และเวชภัณฑ์ที่มีคุณภาพดีจากการบริการในระดับใด					
6	ท่านมีความเชื่อมั่นในความปลอดภัยในการใช้บริการสุขภาพในระดับใด					
7	ท่านได้รับบริการสุขภาพแก้ปัญหาสุขภาพการส่งเสริม ป้องกัน พิษณุที่เชื่อมโยงกัน ในระดับใด					
8	ท่านได้รับบริการจากสถานบริการที่มีความสามารถในการคัดกรองผู้ป่วยเพื่อส่งต่อ ในระดับใด					
9	ท่านได้รับบริการโดยเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ท่านอย่างรวดเร็วทันใจในระดับใด					
10	ท่านได้รับบริการโดยเจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเองกับท่านในระดับใด					
11	ท่านได้รับบริการที่รักษาแล้วหายจากการเจ็บป่วยในระดับใด					
12	ท่านได้รับบริการที่มีการแจ้งขั้นตอนเงื่อนไขการรับบริการอย่างชัดเจนในระดับใด					

THE MAE FAH LUANG UNIVERSITY

ETHICS COMMITTEE ON HUMAN RESEARCH

05 AUG 2024

APPROVED

ประวัติผู้ประพันธ์

ชื่อ	ธนกฤต สถาพรวงษา
ประวัติการศึกษา	
2564	ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
ประวัติการทำงาน	
2566 – ปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ (ข้าราชการ) ด้านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศพรมแดนบ้านคลองลึก อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2565 – 2566	นักวิชาการสาธารณสุข (พนักงานกระทรวงสาธารณสุข) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2564 – 2565	นักวิชาการสาธารณสุข (ลูกจ้างรายวัน) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
ทุนการศึกษา	
2566	ทุนสนับสนุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์ และดุขุณิพนธ์ของนักศึกษา ระดับบัณฑิตศึกษา ประจำปีการศึกษา 2566 (มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง)