

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

ธนฤต สภาพรวงษา*, ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์**
พิชญ์ธนิกัน กันทวี**, สันต์ สุวรรณณณีย์***

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเพิ่มขึ้นของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งเมียนมา กัมพูชา และลาว ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อย่างไรก็ตาม แรงงานข้ามชาติหลายคนยังประสบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพด้วยข้อจำกัดด้านภาษา กฎหมาย สถานะทางเศรษฐกิจ และความไม่ทราบถึงสิทธิประโยชน์ สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแรงงาน แต่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาเศรษฐกิจโดยรวม การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดระดับของการใช้บริการสุขภาพ หากแรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย โอกาสในการใช้บริการก็จะสูงขึ้น การศึกษาและการแก้ไขปัญหาจึงเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมให้แรงงานข้ามชาติสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและมีสุขภาพที่ดี

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา: การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาในรูปแบบภาคตัดขวางในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม 2567 โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบไคสแควร์และการทดสอบพีซเซอร์

ผลการศึกษา: ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เพศหญิง ร้อยละ 70.91 อายุเฉลี่ย 43 ± 10.71 ปี เป็นคนไร้สัญชาติ ร้อยละ 53.64 ขนชาติพันธุ์ ร้อยละ 83.64 สถานภาพไม่มีคู่ชีวิต ร้อยละ 67.88 และไม่ได้รับการศึกษา ร้อยละ 83.64 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปและงานเกษตร ร้อยละ 93.03 ระยะเวลาประกอบอาชีพเฉลี่ย 9.98 ± 9.46 ปี รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $7,326.36 \pm 4,731.79$ บาท ที่พักอาศัยเป็นบ้านเช่า ร้อยละ 53.64 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.91 และมีประกันสุขภาพ ร้อยละ 75.15 มีการเข้ารับบริการสุขภาพ ร้อยละ 65.76 โดยจำแนกระดับการเข้ารับบริการสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 50.61 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.21 และระดับน้อย ร้อยละ 15.15 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ มีสัญชาติ ขนชาติพันธุ์ ไม่มีคู่ชีวิต ระยะเวลาประกอบอาชีพ ≤ 15.5 ปี รายได้ต่อเดือน $\leq 5,000$ บาท มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ไม่สูบบุหรี่ ไม่มีโรคประจำตัว มีสิทธิรักษาพยาบาล ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล รับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ ทราบแหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระยะเวลาประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือนผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สิทธิรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล การรับรู้การขึ้นทะเบียนสุขภาพ และแหล่งข้อมูลการขึ้นทะเบียนสุขภาพ ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในพื้นที่อื่น ๆ รวมถึงกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารรับรอง เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้ารับบริการสุขภาพ นอกจากนี้ควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพผ่านสื่อที่เข้าถึงง่ายและสนับสนุนให้มีการปรับปรุงนโยบายด้านสิทธิการรักษาพยาบาลให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อส่งเสริมการเข้ารับบริการสุขภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

คำสำคัญ: แรงงานข้ามชาติ การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ

*หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสุขภาพชายแดน มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

**สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

***ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: Siwarak Kitchanapaiboon E-mail: siwarak@mfu.ac.th

Received: 19 February 2025 Revised: 4 March 2025 Accepted: 24 March 2025

FACTORS ASSOCIATED WITH ACCESS TO HEALTH SERVICES AMONG MIGRANT WORKERS, MAE SAI DISTRICT, CHIANGRAI PROVINCE

Thanakit Sathapornwajana*, Siwarak Kitchanapaiboon**,
Phitsanuruk Kanthawee**, San Suwanmanee ***

ABSTRACT

BACKGROUND: Thailand is experiencing an increase in migrant workers from neighboring countries, including Myanmar, Cambodia, and Laos, who play a crucial role in driving the country's economy and society. However, many migrant workers still face challenges in accessing health services due to language barriers, legal constraints, economic status, and a lack of awareness about their rights and benefits. These factors not only affect the health of migrant workers but also pose obstacles to overall economic development. Access to health services is a key determinant of health service utilization; when migrant workers can easily access healthcare, they are more likely to use it. Therefore, studying and addressing these challenges are essential to promoting equitable healthcare access and ensuring the well-being of migrant workers.

OBJECTIVE: To study the factors associated with access to health services among migrant workers in Mae Sai District, Chiangrai Province.

METHODS: A cross-sectional study among migrant workers in Mae Sai District, Chiangrai Province, conducted from January 1 to December 31, 2024, analyzed data using Chi-square test and Fisher's exact test.

RESULTS: General demographic of the sample group revealed that 70.91% were female, with an average age of 43 ± 10.71 years. A total of 53.64% were stateless persons, and 83.64% belonged to ethnic minority groups. Regarding marital status, 67.88% were single. Additionally, 83.64% were uneducated. In terms of employment, 93.03% were engaged in general labor and agricultural work, with an average duration of employment of 9.98 ± 9.46 years. The mean monthly income was $7,326.36 \pm 4,731.79$ THB. A total of 53.64% resided in rented housing. Regarding health status, 70.91% didn't have underlying disease, and 75.15% were covered by a health insurance scheme. Access to health services was reported by 65.76% of the study population. The levels of access to health services were categorized as high 50.61%, moderate 34.21%, and low 15.15%. Factors associated with access to health services include age, nationality, ethnicity, marital status (single), work duration of ≤ 15.50 years, monthly income of $\leq 5,000$ THB, presence of a caregiver when sick, non-smoking status, absence of underlying disease, possession of healthcare rights, exemption from medical expenses, awareness of health insurance registration, and knowledge of healthcare registration sources. These associations were statistically significant.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: The study found that various factors influence access to healthcare services among migrant workers. Statistically significant factors include age, nationality, ethnicity, marital status, work duration, monthly income, caregiver when sick, smoking behavior, underlying disease, healthcare rights, medical costs, awareness of health registration, and sources of health registration information. Further studies are needed in other areas, including among migrant workers without documentation, to reduce disparities in access to healthcare services. Additionally, educational activities about health rights should be provided through accessible media, and efforts should be made to improve healthcare entitlement policies to ensure more comprehensive coverage and promote equitable access to healthcare services.

KEYWORDS: Migrant workers, Access to health services, Awareness of health insurance registration

*Master of Public Health (Border Health Management; School of Health Science, Mae Fah University)

**School of Health Science, Mae Fah Luang University

***Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

Corresponding Author: Siwarak Kitchanapaiboon E-mail: siwarak@mfu.ac.th

Received: 19 February 2025 Revised: 4 March 2025 Accepted: 24 March 2025

ความเป็นมา

ประเทศไทยเติบโตทางเศรษฐกิจต่อเนื่อง เปลี่ยนจากเกษตรกรรมสู่ภาคอุตสาหกรรมอย่างรวดเร็วพร้อมส่งเสริมการลงทุนทั้งในและต่างประเทศ¹ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างเศรษฐกิจทำให้ตลาดแรงงานไม่สมดุล เนื่องจากแรงงานในประเทศไม่เพียงพอต่อความต้องการของภาคอุตสาหกรรมและบริการ รวมถึงปัญหาค่าจ้างและค่าครองชีพที่สูงขึ้น ผู้ประกอบการจึงต้องพึ่งพาแรงงานทดแทนจากภายนอก² แม้ผู้ประกอบการพยายามหาแรงงานในประเทศ แต่แรงงานไทยมักเลือกงานและหลีกเลี่ยงงานประเภท 3D งานสกปรก งานอันตราย และงานยาก จึงจำเป็นต้องนำเข้าแรงงานข้ามชาติมาทดแทน³ โดยมีสถิติจากสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมจัดหางาน ระบุว่าปี 2566 ประเทศไทยมีแรงงานข้ามชาติทั้งหมด 2,744,631 คน โดยจังหวัดเชียงรายมีจำนวน 31,777 คน และแนวโน้มยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง⁴

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเป็นศูนย์การค้าและการเงินชายแดน เนื่องจากติดกับเมียนมาและมีระบบคมนาคมเชื่อมภูมิภาคต่าง ๆ ของไทย ทำให้อำเภอนี้เป็นแหล่งโรงงานอุตสาหกรรม ผลิตอาหาร สินค้าเกษตร และศูนย์กลางการขนส่งระหว่างประเทศ จึงเกิดการจ้างงานและการเคลื่อนย้ายแรงงานข้ามชาติเป็นจำนวนมาก⁵ ข้อมูลจากสำนักงานแรงงานจังหวัดเชียงรายระบุน่ามีมกราคม ปี 2566 มีแรงงานข้ามชาติ ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยจำนวน 9,893 ราย⁶ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาแรงงานข้ามชาติกำลังเป็นที่สนใจมากขึ้น เนื่องจากพื้นที่ชายแดนเป็นช่องทางหลักสำหรับแรงงานจากเมียนมา กัมพูชา และลาว ที่เข้ามาทำงานในไทย โดยส่วนใหญ่ทำงานในภาคกรรมกรหรืองานที่ใช้แรงงานหนัก และมีการกระจายตัวทั่วประเทศตามความต้องการในแต่ละประเภทงาน⁷ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มักถูกละเลยและไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์หรือสวัสดิการต่าง ๆ ในประเทศไทย โดยเฉพาะการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากโครงการ

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมเฉพาะผู้ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น⁷

การเข้าถึงบริการสุขภาพ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นเมื่อมีความต้องการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ เช่น ความพร้อมของบริการ (availability) ความสามารถในการเข้าถึงทางกายภาพ (geographical accessibility) ความสามารถในการจ่าย (affordability) และการยอมรับทางวัฒนธรรม (acceptability)⁸⁻⁹

การใช้บริการสุขภาพ หมายถึง การใช้บริการสุขภาพของบุคคลหรือประชากรในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจพิจารณาจากความสามารถในการเข้ารับบริการ ประเภทของบริการที่ใช้ และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการ เช่น ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสังคม และระบบสุขภาพ¹⁰

การเข้าถึงบริการสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดระดับของการใช้บริการสุขภาพหากประชากรสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย โอกาสในการใช้บริการก็จะสูงขึ้น อย่างไรก็ตาม แม้ว่าบริการสุขภาพจะมีให้ แต่หากบุคคลเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึง เช่น ค่าใช้จ่ายสูงหรือการเลือกปฏิบัติ การใช้บริการก็อาจลดลง¹¹

การที่แรงงานข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ ทำให้พวกเขากลายเป็นกลุ่มเสี่ยงในการแพร่โรคต่าง ๆ ซึ่งอาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคที่สำคัญ เช่น ไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก โรคเท้าช้าง เอชไอวี มาลาเรีย และวัณโรค¹² ซึ่งประเทศไทยเคยสามารถควบคุมโรคเหล่านี้ได้ในอดีต แต่การที่แรงงานข้ามชาติไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพทำให้สถานะทางสุขภาพของพวกเขาแย่ลง และเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรค¹³

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ได้แก่ อายุที่มากขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับแนวโน้มการเข้ารับบริการสุขภาพที่สูงขึ้น¹⁴⁻¹⁷ ขณะที่แรงงานไร้รัฐไร้สัญชาติกลับมีโอกาส เข้ารับบริการสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่มีสัญชาติ เนื่องจากขาดสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น การประกันสุขภาพหรือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข¹⁴

นอกจากนี้ สถานภาพสมรสยังมีบทบาท โดยแรงงานที่มีคู่ชีวิตมีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ไม่คู่ชีวิต^{16,18} ขณะที่ระยะเวลาประกอบอาชีพที่ยาวนานขึ้นกลับสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพที่ลดลง^{15,19-21} ทั้งนี้ รายได้ที่สูงขึ้น^{13,17-19,21-22} การมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย²² การมีโรคประจำตัว¹⁴ ตลอดจนการมีประกันสุขภาพ^{13,20,22-25} ล้วนเพิ่มแนวโน้มการเข้ารับบริการสุขภาพ ในขณะที่การได้รับการยกเว้นค่ารักษาพยาบาลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ²³

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย เพื่อทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อันจะเป็นข้อมูลสำคัญในการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ที่ใช้การสำรวจเป็นแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์แบบรายงานด้วยตนเอง (self-report electronic questionnaire) เพื่อเก็บข้อมูลจากพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งเกี่ยวกับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความต้องการการสนับสนุน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) ในรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Design) โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการเข้ารับบริการสุขภาพ

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้ ทำการศึกษาในกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพอย่างถูกต้องตามกฎหมายจากประชากรทั้งสิ้น 9,893 คน⁶ โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานข้ามชาติที่ประกอบอาชีพอย่างถูกต้องตามกฎหมายในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling)

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ W.G. Cochran²⁶ ที่ ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.05 และมีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายอีกร้อยละ 5 เพื่อป้องกันการสูญหายและการให้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ W.G. Cochran²⁶ จากการศึกษาได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 330 คน

เกณฑ์คัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria)

1. แรงงานข้ามชาติ มีอายุ 20 ปีขึ้นไป แต่ไม่เกิน 60 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีบัตรแรงงานข้ามชาติ ที่ถูกต้องตามกฎหมาย
3. ประกอบอาชีพอยู่ในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายไม่ต่ำกว่า 3 เดือน
4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ในแบบสอบถาม
2. เป็นผู้พิการทางการมองเห็น การได้ยิน การพูดสื่อสาร และการเคลื่อนไหว
3. ปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลจากแรงงานข้ามชาติอายุ 20 ปีขึ้นไป ที่ประกอบอาชีพถูกต้องตามกฎหมายในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย โดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน 79 ข้อ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส สัญชาติ การศึกษา อาชีพ สิทธิการรักษาพยาบาล ระยะเวลาทำงาน รายได้ ที่พัก และสถานะสุขภาพ โดยใช้คำถามปลายเปิดแบบตรวจสอบรายการ (จำนวน 31 ข้อ)

ตอนที่ 2 การเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ประกอบด้วยคำถาม 48 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวกในรูปแบบเลือกตอบ 5 ระดับ ตั้งแต่มาก ปานกลาง และน้อย (จำนวน 48 ข้อ) แผลผลโดยการแบ่งค่าเฉลี่ยและเกณฑ์การเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนี้ 3.50-5.00 แผลผล ระดับมาก 2.50-3.49 แผลผล ระดับปานกลาง และ 1.00-2.49 แผลผล ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ให้ค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.94

การทดสอบความเชื่อมั่นแบบสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) กับกลุ่มประชากรลักษณะใกล้เคียงจำนวน 30 คน ให้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และขออนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย โดยใช้แบบสอบถาม พร้อมจัดเตรียมล่าม

ภาษาในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ชัดเจน

ระยะดำเนินการ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น หอประชุมหมู่บ้านหรือที่พักของแรงงานข้ามชาติ ระยะสรุปผลการดำเนินการ ผู้วิจัยทำความสะอาดข้อมูล เช่น การลบข้อมูลที่ซ้ำซ้อนและแก้ไขข้อมูลที่ผิดพลาดเพื่อให้ได้ชุดข้อมูลที่สมบูรณ์และพร้อมสำหรับการวิเคราะห์

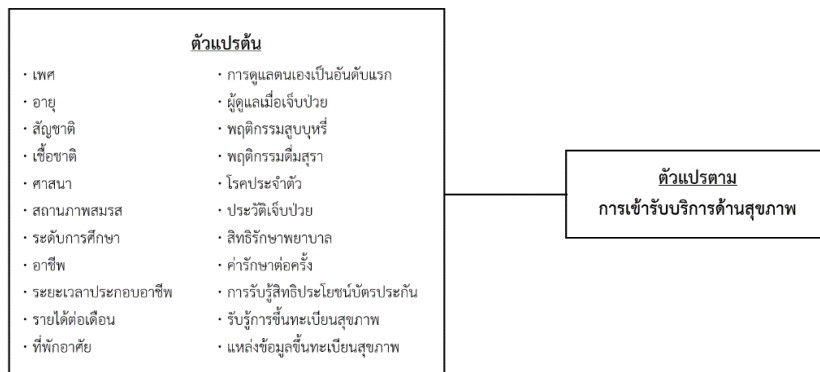
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. การใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐานส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์

2. การใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยการทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง (เลขที่ EC 24072-18, วันที่ 5 สิงหาคม 2567) และยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูล รับรองการรักษาความลับและเปิดเผยเฉพาะในรูปแบบผลการวิจัยหรือกรณีจำเป็นเพื่อเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิด

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.91 โดยมีอายุเฉลี่ย 43 ± 10.71 ปี เป็นบุคคลไร้สัญชาติ ร้อยละ 53.64 มีเชื้อชาติเป็นกลุ่มชนชาติพันธุ์ ร้อยละ 83.64 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.27 สถานภาพสมรส ไม่มีคู่ชีวิต ร้อยละ 67.88 ด้านการศึกษา พบว่าร้อยละ 83.64 ไม่ได้รับการศึกษา และประกอบอาชีพหลักเป็นแรงงานรับจ้างทั่วไปและงานเกษตรกรรม ร้อยละ 93.03 โดยมีระยะเวลาเฉลี่ยในการประกอบอาชีพ 9.98 ± 9.46 ปี และมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ $7,326.36 \pm 4,731.79$ บาท ในส่วนของที่อยู่อาศัย ร้อยละ 53.64 พักอาศัยในที่พักเช่าหรืออาศัยร่วมกับบุคคลอื่นขณะที่ ร้อยละ 46.36 มีที่พักของตนเอง สำหรับแนวทางการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้การแพทย์แผนปัจจุบันเป็นหลัก ร้อยละ 88.79 และ ร้อยละ 84.55

มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ด้านพฤติกรรมการสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 94.55 ไม่สูบบุหรี่และ ร้อยละ 75.80 ไม่มีดื่มสุรา ในขณะเดียวกัน ร้อยละ 70.91 ไม่มีโรคประจำตัว และ ร้อยละ 92.42 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วย ในส่วนของการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าร้อยละ 75.15 มีประกันสุขภาพ และร้อยละ 69.70 ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล อย่างไรก็ตามมีเพียง ร้อยละ 61.52 เท่านั้น ที่มีความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ และ ร้อยละ 56.36 ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการขึ้นทะเบียนสุขภาพ (ตารางที่ 1)

2. ผลการศึกษาการเข้ารับบริการสุขภาพ มีการเข้ารับบริการสุขภาพร้อยละ 65.76 โดยจำแนกระดับการเข้ารับบริการสุขภาพในระดับมาก ร้อยละ 50.61 ระดับปานกลาง ร้อยละ 34.21 และระดับน้อยร้อยละ 15.15 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=330)

ตัวแปร	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	96	29.09
หญิง	234	70.91
อายุ (ปี) mean \pm S.D.	43 ± 10.71	
20 - 29 ปี	50	15.15
30 - 39 ปี	73	22.12
40 - 49 ปี	113	34.24
50 - 60 ปี	94	28.48
(Median=44, IQR=16)		
สัญชาติ		
กลุ่มไร้สัญชาติ	177	53.64
กลุ่มมีสัญชาติ	153	46.36
เชื้อชาติ		
กลุ่มไร้เชื้อชาติ	54	16.36
ชนชาติพันธุ์	276	83.64
ศาสนา		
ศาสนาพุทธ	321	97.27
ไม่ใช่ศาสนาพุทธ	9	2.73
สถานภาพสมรส		
ไม่มีคู่ชีวิต	224	67.88
มีคู่ชีวิต	106	32.12
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	276	83.64
ได้รับการศึกษา	54	16.36

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=330) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (n=330)	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้างทั่วไป/งานเกษตร	307	93.03
งานฝีมือ/งานวิชาชีพ	23	6.97
ระยะเวลาประกอบอาชีพ (ปี) mean ± S.D.	9.98 ± 9.46	
≤ 15.5 ปี	238	72.12
> 15.5 ปี	92	27.88
(Median=8, IQR=15.5)		
รายได้ต่อเดือน mean ± S.D.	7,326.36 ± 4,731.79	
≤ 5,000 บาท	99	30.00
> 5,000 บาท	231	70.00
(Median=9,000, IQR=5,000)		
ที่พักอาศัย		
ที่พักของตนเอง	153	46.36
ที่พักเช่า/อยู่กับบุคคลอื่น	177	53.64
การดูแลตัวเองเป็นอันดับแรก		
รักษาด้วยแผนโบราณ	37	11.21
รักษาด้วยแผนปัจจุบัน	293	88.79
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย		
ไม่มี	51	15.45
มี	279	84.55
พฤติกรรมการสูบบุหรี่		
ไม่สูบ	312	94.55
สูบ	18	5.45
พฤติกรรมการดื่มสุรา		
ไม่ดื่ม	250	75.80
ดื่ม	80	24.20
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	234	70.91
มีโรคประจำตัว	96	29.09
ประวัติการเจ็บป่วย		
ไม่มี	305	92.42
มี	25	7.58
สิทธิรักษาพยาบาล		
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	82	24.85
มีประกันสุขภาพ	248	75.15
ค่ารักษาต่อครั้ง		
ไม่เสียค่ารักษาพยาบาล	230	69.70
เสียค่ารักษาพยาบาล	100	30.30
การรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพ		
ไม่ทราบ	127	38.48
ทราบ	203	61.52
การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ		
ไม่ทราบ	186	56.36
ทราบ	144	43.64
แหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ		
ไม่ทราบ	186	56.36
หน่วยบริการสุขภาพ	114	34.55
เครือข่ายทางสังคม	30	9.09

3. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยแต่ละด้านกับการเข้ารับบริการสุขภาพ เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ ด้วยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test โดยกำหนดค่าความน่าจะเป็นทางสถิติ (p-value) ที่น้อยกว่า 0.05 พบว่า อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระยะเวลาประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยพฤติกรรมการสูบบุหรี่

โรคประจำตัว สิทธิรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และแหล่งข้อมูลขึ้นทะเบียนสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ที่พักอาศัย การดูแลตนเองเป็นอันดับแรก พฤติกรรมการดื่มสุรา ประวัติการเจ็บป่วย และการรับรู้สิทธิประโยชน์ของบัตรประกันสุขภาพนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาการเข้ารับบริการสุขภาพ (n=330)

การเข้ารับบริการด้านสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการเข้ารับบริการสุขภาพ		
น้อย	50	15.15
ปานกลาง	113	34.24
มาก	167	50.61
การเข้ารับบริการสุขภาพ		
ไม่เข้ารับบริการ	113	34.24
เข้ารับบริการ	217	65.76

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการสุขภาพ

ตัวแปร	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)	
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)	
สถานภาพสมรส					<0.001 ^{*,a}
ไม่มีคู่ชีวิต	48	(42.48)	176	(81.11)	
มีคู่ชีวิต	65	(57.52)	41	(18.89)	
ระดับการศึกษา					0.159 ^a
ไม่ได้รับการศึกษา	99	(87.61)	177	(81.57)	
ได้รับการศึกษา	14	(12.39)	40	(18.43)	

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการสุขภาพ (ต่อ)

ตัวแปร	การเข้ารับบริการสุขภาพ				P value
	ไม่เข้ารับบริการ		เข้ารับบริการ		
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
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)	
ที่พักอาศัย					0.578 ^a
ที่พักของตนเอง	50	(44.25)	103	(47.47)	
ที่พักเช่า/อยู่กับบุคคลอื่น	63	(55.75)	114	(52.53)	
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)	
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)	
ประวัติการเจ็บป่วย					0.262 ^a
ไม่มี	107	(94.69)	198	(91.24)	
มี	6	(5.31)	19	(8.76)	
สิทธิรักษาพยาบาล					<0.001 ^{*,a}
ไม่มีสิทธิรักษาพยาบาล	12	(10.60)	70	(32.26)	
มีประกันสุขภาพ	101	(89.38)	147	(67.74)	
ค่ารักษาพยาบาล/ครั้ง					<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)	

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05 a ทดสอบด้วยสถิติ Chi-square test b ทดสอบด้วยสถิติ Fisher's exact test

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลกับการเข้ารับบริการด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติพบว่า อายุ สัญชาติ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระยะเวลาประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ โรคประจำตัว สิทธิรักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง การรับรู้ การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ และแหล่งข้อมูล ขึ้นทะเบียนสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแรงงานข้ามชาติที่มีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มอายุน้อย ซึ่งอาจเป็นผลจากการตระหนักถึงปัญหาสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามช่วงวัย สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{14-17,19} อย่างไรก็ตาม บางการศึกษาพบว่า อายุไม่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ^{20-21,24,27} อันอาจเกิดจากระบบสาธารณสุขที่เอื้อให้กลุ่มวัยรุ่นหรือวัยแรงงานสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย นอกจากนี้ เชื้อชาติและสัญชาติเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยกลุ่มคนไร้รัฐไร้สัญชาติมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพน้อยกว่ากลุ่มชาติพันธุ์ เนื่องจากขาดสิทธิขั้นพื้นฐาน เช่น การประกันสุขภาพหรือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข¹⁴ ขณะที่แรงงานข้ามชาติที่มีสัญชาติมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มไร้สัญชาติ เนื่องจากมีสิทธิด้านสวัสดิการที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้^{17,19,28-30} แต่บางการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์^{14,20,27} อาจเป็นเพราะบางพื้นที่มีระบบสาธารณสุขที่เปิดโอกาสให้แรงงานทุกสัญชาติสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน อีกทั้งสถานภาพสมรสยังมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยแรงงานข้ามชาติที่มีคู่ชีวิตมีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีคู่ชีวิตอาจเป็นผลจากภาระหน้าที่ในครอบครัวซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้า^{16,18,31-33} แต่บางการศึกษาพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยดังกล่าว^{14-15,19-21,24,27} สถานะทางเศรษฐกิจและอาชีพเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยระยะเวลาประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพ พบว่าแรงงานที่มีระยะเวลาประกอบอาชีพ มากกว่า 15.50 ปี มีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพลดลง ซึ่งอาจเกิดจากความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและระบบสุขภาพในประเทศไทย

ที่เอื้อให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น ทั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้^{15,19-21} นอกจากนี้ รายได้ต่อเดือนยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยแรงงานข้ามชาติที่มีรายได้ มากกว่า 5,000 บาทต่อเดือน มีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ารายได้ที่สูงขึ้นช่วยเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{13,17-19,21-22}

ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยเป็นอีกปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยพบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยมีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่าซึ่งอาจเป็นผลจากแรงสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของท่านอื่น ๆ^{22,34-37} พฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับบริการสุขภาพโดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่มีแนวโน้มเข้ารับบริการสุขภาพน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งอาจสะท้อนถึงความแตกต่างในการดูแลสุขภาพ รวมถึงปัญหาสุขภาพเรื้อรังจากการสูบบุหรี่และข้อกำหนดด้านอาชีพที่ต้องตรวจสุขภาพเป็นระยะ นอกจากนี้ โรคประจำตัวยังมีผลต่อการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยแรงงานข้ามชาติที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะเข้ารับบริการสุขภาพมากกว่า เนื่องจากมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Shao และคณะ¹⁴

การเข้าถึงบริการสุขภาพและการรับรู้สิทธิเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพโดยสิทธิรักษาพยาบาล พบว่าแรงงานข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพมีแนวโน้มเข้ารับบริการมากขึ้น เนื่องจากประกันสุขภาพช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ค้นพบว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีการมีประกันสุขภาพ มีแนวโน้มที่จะแสวงหาบริการด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ^{13-14,16,20,22-25,27} นอกจากนี้ ค่ารักษาพยาบาลต่อครั้ง ยังมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการสุขภาพ โดยแรงงานข้ามชาติที่ไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาลมีแนวโน้มเข้ารับบริการมากขึ้น เนื่องจากต้นทุนในการรักษาเป็นอุปสรรคสำคัญ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีรายได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของท่านอื่น ๆ^{23,28,38}

ขณะเดียวกัน การรับรู้การขึ้นทะเบียนหลักประกันสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการใช้บริการ โดยแรงงานที่เข้าใจสิทธิและขั้นตอนการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มใช้บริการมากขึ้น เนื่องจากสามารถใช้สิทธิของตนเองได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ แหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการขึ้นทะเบียนสุขภาพที่ได้รับจากหน่วยบริการสุขภาพยังส่งผลต่อการเข้ารับบริการ เนื่องจากเจ้าหน้าที่สามารถให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์และขั้นตอนการเข้าถึงบริการได้อย่างครบถ้วน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้^{22,25}

ข้อจำกัด

การศึกษาในพื้นที่เฉพาะอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ทำให้ผลลัพธ์อาจไม่สะท้อนสถานการณ์ในพื้นที่อื่น ๆ อีกทั้งข้อมูลที่เก็บจากแรงงานข้ามชาติที่มีเอกสารถูกกฎหมายเท่านั้น อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มที่ไม่มีเอกสารซึ่งเผชิญอุปสรรคมากกว่า นอกจากนี้ การใช้ข้อมูลแบบตอบเองอาจมีอคติจากการรายงานของผู้ตอบ เนื่องจากเป็นการวิเคราะห์คราวละตัวแปรไม่สามารถควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดความเอนเอียงในการตีความผลลัพธ์ นอกจากนี้ ผู้อ่านควรใช้ความระมัดระวังในการสรุปผลและควรพิจารณาประกอบกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน

ข้อเสนอแนะ

1. จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพผ่านสื่อที่เข้าถึงง่าย
2. พัฒนากลยุทธ์การสื่อสารเพื่อเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลของแรงงานข้ามชาติ
3. ควรมีการปรับปรุงและขยายระบบประกันสุขภาพให้ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติที่ไม่มีเอกสารรับรอง เพื่อให้พวกเขาสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานได้อย่างเท่าเทียม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งถัดไป

1. งานวิจัยครั้งนี้นำเน้นเฉพาะแรงงานที่ไม่มีเอกสารรับรอง จึงควรศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มที่ไม่มีเอกสารเพื่อระบุอุปสรรคและแนวทางแก้ไข

2. ควรใช้การวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multivariate Analysis) หรือการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างลึกซึ้ง

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่อื่น เช่น เขตเมืองและชนบท เพื่อหานโยบายที่เหมาะสมในแต่ละบริบท

กิตติกรรมประกาศ

ผู้ศึกษาวิจัยขอแสดงความซาบซึ้งใจและขอบพระคุณอย่างยิ่งต่อทุกท่านที่ได้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลืองานวิจัยครั้งนี้ ด้วยความเอื้อเฟื้อและความร่วมมืออันยิ่งใหญ่

1. ขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ให้การสนับสนุนทุน เพื่อทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา

2. ขอบขอบคุณอย่างยิ่งต่อกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ การให้ข้อมูลที่ซื่อสัตย์และความตั้งใจในการตอบแบบสอบถามของท่านมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความเอื้อเฟื้อและช่วยให้การวิจัยนี้เป็นไปได้อย่างสำเร็จ

REFERENCES

1. Ministry of Industry. 20-year Thai industry development strategy 4.0 (2017-2036) report [Internet]. Bangkok: Ministry of Industry; 2016 [cited 2025 February 1]. Available from: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20171114-oie.pdf>.
2. Phakamach P, Prasongsang C, Chaisanit S, Yousukee T, Chuiyetch C. The guidelines for managing foreign workers in the Eastern part of Thailand. Trends of Humanities and Social Sciences Research. 2019;7(2):190–229.

3. Rajapongsa P. Unskilled workers: the builders of the nation, builders of ASEAN [Internet]. Bangkok Business Newspaper; 2014 [cited 2023 May 23]. Available from: https://www.itd.or.th/itd-data-center/article_unskilled-labor-creator-of-the-nation-building-asean/
4. Foreign Workers Administration Office. Statistics of foreign workers authorized to work remaining nationwide, April 2023 edition [Internet]. Bangkok: Foreign Workers Administration Office; 2023. [cited 2025 February 1]. Available from: <https://www.doe.go.th/alien>.
5. Mae Sai district information Chiangrai province. Chiang Rai: Mae Sai District Office; 2023.
6. Statistics of foreign workers in Chiangrai province, June 2023 [Internet]. Chiangrai: Chiangrai Provincial Office of Labour; 2023 [cited 2025 February 1]. Available from: https://chiangrai.mol.go.th/labor_statistics.
7. Kanthawee P, editor. From experience to writing: weaving stories of the Thailand-Laos-Myanmar border vol.1. Chiangrai: School of Health Science Mae Fah Luang University; 2020.
8. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40.
9. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):18.
10. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*. 1973;51(1):95-124.
11. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(3):186-8.
12. Thongpan S. "Body of knowledge about transnational migrant and health": The result of research synthesis of transnational migrant labour in Thailand. *Thai Journal of Health Education*. 2020;43(2):1-17.
13. Keetawattananon K, Meemon N, Chun Paek S, Marohabutr T. Illness and healthcare-seeking behavior among Cambodian transnational workers in Chong Chom border market, Surin province, Thailand. *Research and Development Journal Suan Sunandha Rajabhat University*. 2018;8(2):96-109.
14. Shao S, Wang M, Jin G, Zhao Y, Lu X, Du J. Analysis of health service utilization of migrants in Beijing using Anderson health service utilization model. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):462.
15. Saelim K, Himakalas W. Factors affecting access to health services of foreign workers Chiang Mai province [dissertation]. Chiang Mai: Chian Mai University; 2020.
16. Deekum S, Meemon N. Maternal care utilization among female migrants from Myanmar in Samut Sakhorn. *Journal of Humanities and Social Sciences*. 2018;26(51):170-87.

17. Yolsirivat J. Factors associated with Health Care Service of Health Insurance Card in migrant worker, Rayong province. *Academic Journal of Community Public Health*. 2023;9(3):88–99.
18. Khongthanachayopit S, Laohasiriwong W. Accessibility to health services among migrant workers in the Northeast of Thailand. *F1000Res*. 2017;6:972.
19. Radtajak, J. Prasertchai A. Boromthanasat C. Accessibility to public health service among migrant workers in Pak Phanang district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Southern Technology*. 2023;16(1):54–65.
20. Wuttikraphan M. Factors related to health service access according to benefit package in government public service units among foreign workers of Myanmar, Loa, and Cambodia in Songkhla Province. Songkhla: Songkhla Provincial Health Office; 2023. [cited 2025 Apr 22]. Available from: <https://www.skho.moph.go.th/oa/uploads/research-8.pdf>
21. Kamwan A, Kessomboon P. Health services accessibility for migrant workers in Chiangkhan district, Loei province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*. 2016;4(3):359-74.
22. Niramit R, Promphakping B. Factors affecting access to health services of female Lao's sex and service workers at the border Ubonratchathani province. *Journal of Social Development and Management Strategy*. 2019;21(2):78–95.
23. Aung T, Pongpanich S, Robson MG. Health seeking behaviours among Myanmar migrant workers in Ranong province, Thailand. *Journal of Health Research*. 2018;23(Suppl.): 5–9.
24. Peng Y, Chang W, Zhou H, Hu H, Liang W. Factors associated with health-seeking behavior among migrant workers in Beijing, China. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:69.
25. Ayuwat D, Rengmanawong A, Suparatanagool S. Health status and healthcare utilization of Lao migrant workers in the agricultural production sector of Northeastern Thailand. *J Public Health (Bangkok)*. 2013;43(1):4–16.
26. Cochran WG. *Sampling survey techniques*. North Carolina: North Carolina State University;1948.
27. Lee W, Neo A, Tan S, Cook AR, Wong ML, Tan J, et al. Health-seeking behaviour of male foreign migrant workers living in a dormitory in Singapore. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1):300.
28. Vargas Bustamante A, Fang H, Garza J, Carter-Pokras O, Wallace SP, Rizzo JA, et al. Variations in healthcare access and utilization among Mexican immigrants: the role of documentation status. *J Immigr Minor Health*. 2012;14(1):146-55.
29. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young ME, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:375-92.
30. Hacker K, Anies M, Folb BL, Zallman L. Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Manag Healthc Policy*. 2015;8:175-83.
31. Böhme MH, Persian R, Stöhr T. Alone but better off? Adult child migration and health of elderly parents in Moldova. *J Health Econ*. 2015;39:211-27.

32. Moullan Y, Jusot F. Why is the 'healthy immigrant effect' different between European countries? *Eur J Public Health*. 2014;24 Suppl 1:80-6.
33. Davies AA, Basten A, Frattini C. Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants International Organization for Migration (IOM) Background Paper. [cited 2025 Mar 7]; Available from: <http://www.belgium.iom.int>
34. Meyer SR, Lasater M, Tol WA. Migration and mental health in low- and middle-income countries: a systematic review. *Psychiatry*. 2017;80(4):374-81.
35. Suphanchaimat R, Kosiyaporn H, Limwattanayingyong A. Migrant policies in Thailand in light of the Universal Health Coverage: evolution and remaining Challenges. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal*. 2019;12(2):68-74.
36. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Parente P, Azzolini E, Frisicale EM. Are undocumented migrants' entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? *Public Health Rev*. 2016;37:13.
37. Wickramage K, Vearey J, Zwi AB, Robinson C, Knipper M. Migration and health: a global public health research priority. *BMC Public Health*. 2018;18(1):987.
38. Ku L, Matani S. Left out: immigrants' access to health care and insurance. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20(1):247-56.