



ความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานชาวกัมพูชาที่ประกอบอาชีพในจังหวัดชลบุรี Health literacy on Cambodian Workers in Chonburi Province

แพชณา เฮงบริบูรณ์¹, พงศ์ ใจดี^{1*}, วลตภ ใจดี¹ และ จิรภัค สุวรรณเจริญ²

Patchana Hengboriboon¹, Pong Jaidee^{1*}, Wanlop Jaidee¹ and Jirapuk Suwanjaroen²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา¹, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความรู้ด้านสุขภาพและวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานกัมพูชาที่ทำงานในจังหวัดชลบุรี จำนวน 405 คน สุ่มโดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบ Time Space Sampling เลือกวิธี Venue-Based Method เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจวิเคราะห์ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญได้เท่ากับ .87 และค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .92 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา และสถิติไคว้สแคว ผลการวิจัยพบว่า

1. แรงงานส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 64.20)
2. ปัจจัยด้านความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง และการได้รับข้อมูลจากเสียงตามสายในโรงงาน มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญชาติกัมพูชาที่ประกอบอาชีพอยู่ในจังหวัดชลบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามลำดับ ($\chi^2(df 2)=34.035, p<.001$; $\chi^2(df 2)=12.180, p=.002$; $\chi^2(df 2)=15.179, p=.001$)

ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างกลไกและพัฒนากการสื่อสารประชาสัมพันธ์กับแรงงานข้ามชาติด้วยภาษา และสื่อที่เหมาะสม รวมถึงควรมุ่งเน้นพัฒนาให้กลุ่มครอบครัว และนายจ้างแสดงบทบาทเป็นพี่เลี้ยงในการเพิ่มพูนระดับความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, แรงงานข้ามชาติ, แรงงานกัมพูชา, จังหวัดชลบุรี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patchana@buu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 086-2032752)

Abstract

This descriptive research aimed to measure the health literacy level among Cambodian workers in Thailand and identify the related factors. Sample of 405 Cambodian workers were included in the study, using the time-space sampling technique by venue-based method to collect data, along with a health literacy interview questionnaire. The content validity index of the questionnaire was determined by health literacy experts, yielding a value of .87. Reliability of the questionnaire was tested using Cronbach's alpha coefficient yielding a value of .92.

The findings indicated that, the level of health literacy among Cambodian workers in Chonburi province was at a moderate level (64.20%). And the Thai communication skills, source of health information provided by employer, and audio cable in the factory, were significant statistically related to the health literacy among Cambodian workers at the .05 level ($\chi^2(df 2)=34.035, p<.001$; $\chi^2(df 2)=12.180, p=.002$; and $\chi^2(df 2)=15.179, p=.001$, respectively). Due to a language barrier, health media, and universal health care communication should be created to improve the health literacy level of the Cambodian workers. Furthermore, the employers and the workers' family should be trained for being a health literacy coach to improve the level of health literacy among those migrant workers.

Keywords: Health Literacy, Migrant Worker, Cambodian Worker, Chonburi

บทนำ

ปัญหาสุขภาพของประชากรทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ถึงแม้ว่าทุกคนมีสิทธิในการมีสุขภาพดีในฐานะที่เป็นบุคคล แต่ความแตกต่างหลากหลายทั้งทางด้านวัฒนธรรมและลักษณะของประชากรทำให้เกิดปัญหาในด้านความเป็นธรรมด้านสุขภาพ (Villa-Torres, Gonzalez-Vazquez, Fleming, Gonzalez- Gonzalez, Infante-Xibille, Chavez, et al, 2017) ส่งผลให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มเปราะบางทางสังคม (Vulnerable Group) เช่น กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีวิถีชีวิตที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Janyasiri & Aungwattana, 2008) ที่มีการย้ายที่อยู่ เปลี่ยนแปลงนายจ้างและปรับตัวต่อวิถีชีวิตและการทำงานที่ยากลำบาก (Difficulty) อันตราย (Dangerous) และสกปรก (Dirty) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีการพัฒนานโยบายในการยกระดับสภาวะสุขภาพของแรงงานข้ามชาติที่มุ่งเน้นในการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ (Ministry of Public Health, 2015) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่ทราบถึงนโยบายดังกล่าว และไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ (Chanchai, Jaidee, Markwardt, Jaidee & Nunthawarasilp, 2013) แม้ว่าจะมีความพยายามอย่างมากจากผู้ให้บริการสุขภาพทั้งการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ และการผลิตสื่อสุขภาพในภาษาต่าง ๆ แต่ยังคงพบว่าแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติหรือคนต่างด้าวในประเทศไทยได้ เช่น



เดียวกัน (Jaidee, 2015) แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Kimbrough (2007) ที่พบว่าความรอบรู้หรือความฉลาดด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้เกิดความเสมอภาค (Health Disparities) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติได้

องค์การอนามัยโลกได้ประกาศนโยบายด้านสุขภาพที่สำคัญ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1998 คือ การพัฒนาให้ประชากรทั่วโลกนั้นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่เป็นทักษะทางปัญญา (Cognitive Skills) และทักษะทางสังคม (Social Skills) เพื่อสร้างเสริมแรงจูงใจและเพิ่มพูนศักยภาพของแต่ละบุคคล ให้บุคคลสามารถเข้าถึงทำความเข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพอันจะนำมาสู่การส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้น (WHO, 1998)

Health Literacy มีการบัญญัติคำแปลในภาษาไทยไว้หลายลักษณะ อาทิ ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ หรือความรู้ด้านสุขภาพ (Intarakamhang, 2013) ในการศึกษาข้อใช้คำว่า “ความรู้ด้านสุขภาพ” ในความหมายของความสามารถในการทำความเข้าใจและการเลือกใช้ข้อมูลสารสนเทศทางด้านสุขภาพ เพื่อเพิ่มวิถีทางเลือกในการดูแลสุขภาพให้กับตนเองให้มากขึ้น (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins, & Buchbinder, 2013)

จากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการ พบว่า แนวคิดและความหมายของความรู้ด้านสุขภาพมีแนวคิดที่แตกต่างกัน และแต่ละแนวคิดก็มีการให้องค์ประกอบที่แตกต่างกันตามไปด้วย และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ อาทิ กลุ่มผู้มีความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ในระดับต่ำ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการใช้ภาษา เช่น ชนกลุ่มน้อย กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มักเป็นกลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Health Disparities) (Searight, 2003; Camarota, 1999; Agency for Health Care Policy and Research, 1997) ซึ่งปรากฏหลักฐานชัดเจนในการดูแลสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยที่ผ่านมาที่พบว่า กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้จัดบริการสุขภาพให้กับผู้มารับบริการสุขภาพในประเทศไทยจากบริการสุขภาพนั้นทำให้มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (Health Expenditure) ให้กับกลุ่มบุคคลที่ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประมาณ 645 ล้านบาท (Hengboriboonpong, 2010) สาเหตุเกิดจากการที่แรงงานข้ามชาติ ขาดข้อมูลในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐประกอบกับต้องอยู่ในสภาพการทำงานที่เสี่ยงอันตราย ความเป็นอยู่ที่แออัด ขาดสุขลักษณะที่ดี ย่อมส่งผลกระทบต่อประเทศปลายทางอย่างแน่นอน (Hengboriboonpong, 2008; Hengboriboonpong, Noosorn, Juntarawijit, Siripornpibil, Pawabutr, & Krissanakriangkrai, 2007; Archavanitkul & Saisoonthorn, 2005)

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่ประชาคมอาเซียน (ASEAN community) และเป็นแหล่งพื้นที่ในการแสวงหาการทำงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ส่วนใหญ่มาจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนใกล้เคียงกัน ได้แก่ แรงงานสัญชาติเมียนมาร์ ลาวและกัมพูชา (Vapattanawong, Chamratrithirong, Punpuing, Rhucharoenpornpanich, & Apipornchaisakul, 2017) แต่ในขณะที่ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีภาษาไทยเป็นภาษาประจำชาติ ดังนั้นการสื่อสารของผู้คนมักจะใช้ภาษาไทยเป็นหลัก แต่จากการสำรวจความสามารถในการใช้ภาษาไทยของแรงงานข้ามชาติ พบว่า ร้อยละ 12.06 ไม่สามารถใช้ภาษาไทยได้เลยและร้อยละ 95.40 ของแรงงานข้ามชาติไม่สามารถใช้ภาษาอังกฤษได้ โดยมีแรงงานเพียงร้อยละ 63.22 ที่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้ (Jaidee, 2015) ปัจจัยที่สำคัญที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพนอกจากปัจจัยด้านการใช้ภาษา (Language Barrier)

ดังกล่าวแล้วยังมีปัจจัยด้านวัฒนธรรมจากการข้ามพรมแดนมาทำงานในสถานที่ที่มีชนบทนิยมและวัฒนธรรมที่แตกต่างกันที่ถือว่าเป็นอุปสรรคเช่นกัน (Culture Barrier) (Khungtumneam, 2014)

การประเมินระดับความรู้ทางสุขภาพนั้นมีเครื่องมือต่าง ๆ หลากหลาย เครื่องมือที่เป็นมาตรฐานส่วนใหญ่มักเป็นเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย ได้แก่ The Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM), Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA) และฉบับย่อ Short Test of Functional Health Literacy in Adults (STOFHLA) ต่อมามีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Altin และคณะที่สรุปว่า เครื่องมือทั้งหมดแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การประเมินแบบวัตถุวิสัย (Objective Measurement Approach) เช่น METER, CHC Test, SAHL-S & E 2) การประเมินแบบภาวะวิสัย (Subjective Measurement Approach) เช่น AAHL MAHL และ 3) การประเมินแบบผสมผสาน (Mixed Measurement Approach) อาทิเช่น HLSI, HLSI-SF (Altin, Finke, Kautz-Freimuth, & Stock, 2014) ทั้งนี้ในการสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพที่ใช้ในประเทศไทย มีการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ทั้งกลุ่มผู้ป่วย กลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเฉพาะ เช่น กลุ่มเด็กอ้วน กลุ่มผู้พิการ (Intarakamhang, 2013) และแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกประจำภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้แนะนำให้ใช้สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ คือ Health Literacy Questionnaire (HLQ) ที่มีวัตถุประสงค์สำคัญในการสำรวจ วิเคราะห์และศึกษาความต้องการหรือความสามารถของบุคคลในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ (Dodson, Good & Osborne, 2015)

อย่างไรก็ตาม จังหวัดชลบุรีถือว่าเป็นจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติข้ามพรมแดนมาทำงานเป็นจำนวนมาก ในปี พ.ศ.2558 ข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว รายงานว่า มีแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในจังหวัดชลบุรี 65,850 คน ในจำนวนนี้ ร้อยละ 46.61 เป็นแรงงานสัญชาติกัมพูชา รองลงมาคือแรงงานสัญชาติเมียนมาร์ ลาวและญี่ปุ่น ตามลำดับ โดยเข้ามาทำงานในภาคเกษตรกรรม ภาคอุตสาหกรรม และภาคพาณิชยกรรม รวมถึงงานบริการและการท่องเที่ยว ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในแถบจังหวัดภาคใต้ (Maneedang, Rongmuang, Thongphet, & Sridowruang, 2016) จากเหตุผลดังกล่าวนี้ จึงควรมีการสำรวจระดับของความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญชาติกัมพูชาที่ทำงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี โดยการประยุกต์ใช้แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจกับมุมมองของแรงงานข้ามชาติที่มีต่อข้อมูลที่จำเป็นสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลสำคัญในการพัฒนาระบบสื่อสารสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับแรงงานข้ามชาติ นำไปสู่การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของประเทศไทยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

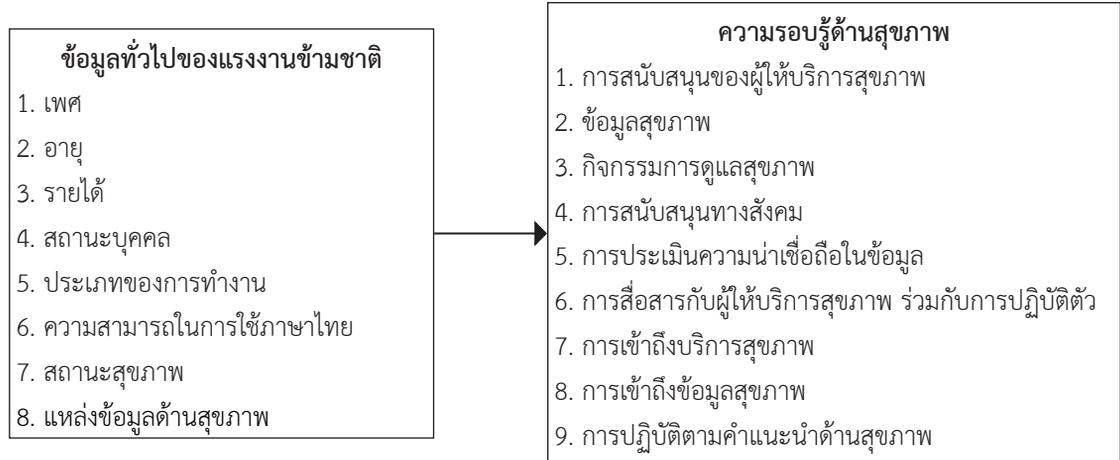
1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญชาติกัมพูชา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญชาติกัมพูชา

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในครั้งนี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดเรื่องความหมายและองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพของ Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins & Buchbinder (2013) ที่



กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีทั้งหมด 9 องค์ประกอบ ประกอบด้วยความคิดเห็น ได้แก่ 1) การสนับสนุนของผู้ให้บริการสุขภาพ 2) ข้อมูลสุขภาพ 3) กิจกรรมการดูแลสุขภาพ 4) การสนับสนุนทางสังคม 5) การประเมินความน่าเชื่อถือในข้อมูล 6) การสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพ ร่วมกับการปฏิบัติตัว 7) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 8) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และ 9) การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ในการสำรวจร่วมกับการศึกษาข้อมูลทั่วไปของแรงงานข้ามชาติ ดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ ได้แก่ กลุ่มแรงงานสัญชาติกัมพูชาที่ทำงานอยู่ในจังหวัดชลบุรี โดยขึ้นทะเบียนได้รับใบอนุญาตทำงาน ตามมาตรา 9 แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ.2551 ทั้งประเภทตลอดชีพและประเภทชั่วคราว จำนวน 30,409 คน (Office of Foreign Workers Administration, Ministry of Labour, 2015) โดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณขนาดตัวอย่างแรงงานสัญชาติกัมพูชา โดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนในกรณีที่ทราบขนาดประชากร (Cochran, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 405 คน ใช้เทคนิคการสุ่มแบบ Time Space Sampling ซึ่งเลือกวิธี Venue-Based Sampling เป็นวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้สถานที่เป็นหน่วยในการสุ่ม เพราะเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงกลุ่มประชากรที่ซ่อนเร้นหรือเข้าถึงยาก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากการทบทวนงานวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานะบุคคล ประเภทของการทำงาน ความสามารถในการใช้ภาษาไทย สถานะสุขภาพ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เรื่องความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดองค์ประกอบของความรู้ด้านสุขภาพที่ประกอบด้วย 2 ด้านทั้ง 9 องค์ประกอบตามแนวคิดของแบบสอบถาม

เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Questionnaire) จำนวน 31 ข้อ (Osborne, Batterham, Elsworth, Hawkins & Buchbinder, 2013) แบ่งเป็นด้านที่ 1 ด้านความคิดเห็นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวม 17 ข้อ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ โดยหากผู้ตอบแบบสัมภาษณ์เห็นด้วยพิจารณาให้คะแนน 3 คะแนน และไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน สำหรับด้านที่ 2 ด้านการปฏิบัติเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยให้ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์พิจารณาให้คะแนนคือการปฏิบัติได้โดยง่ายมากได้ 5 คะแนน จนถึงไม่สามารถปฏิบัติได้ 1 คะแนน รวมคะแนนทั้งสองส่วนจำนวน 31 ข้อคำถาม โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 31 - 121 คะแนน นอกจากนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการแปลผลค่าคะแนนเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้งหมดด้วยวิธีการกำหนดอันตรภาคชั้น จำนวน 3 ระดับ ตามแนวคิดของบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ ที่กำหนดช่วงคะแนนตามโค้งปกติ (Normal Curve) (Kijpredarborisuthi, 2011) สอดคล้องกับคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งมีคะแนนรวมเฉลี่ย 64.09 ± 13.26 และช่วงคะแนนที่น้อยที่สุดถึงมากที่สุดตั้งแต่ 36-109 คะแนน รายละเอียดดังนี้

คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 36.00-50.82	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 50.83-77.35	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 77.36-109.00	หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เมื่อสร้างแบบสัมภาษณ์ เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานชาวกัมพูชาเสร็จแล้ว คณะผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ฉบับภาษาไทยไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ที่เป็นนักวิชาการด้านสาธารณสุข นักวิชาการด้านสุขศึกษาและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ เพื่อตรวจสอบค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้เท่ากับ .87 จากนั้นคณะผู้วิจัยได้ทดลองนำไปสอบถามกับทีมผู้ช่วยนักวิจัยชาวกัมพูชาที่มีความรู้และสามารถใช้ภาษาไทยและภาษากัมพูชาได้เป็นอย่างดี หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการแก้ไขแล้ว ไปทดสอบความเชื่อถือได้ (Reliability) กับแรงงานชาวกัมพูชาในอำเภอคลองใหญ่ จังหวัดตราด จำนวน 50 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .92 จากนั้นจึงนำแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดไปใช้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นแรงงานสัญชาติกัมพูชาในพื้นที่จังหวัดชลบุรีต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. คณะผู้วิจัยชี้แจงทีมผู้ช่วยวิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลวิจัย การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการทำความเข้าใจกับเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่นัดหมายและเข้าพบบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงทำความเข้าใจ และขออนุญาตเก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติในพื้นที่
3. คณะผู้วิจัย และทีมผู้ช่วยวิจัยดำเนินการสำรวจกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตามวันและเวลาที่แตกต่างกัน และกำหนดสถานที่เป้าหมายในการสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติ ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ เพื่อเก็บข้อมูลวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง
4. กลุ่มตัวอย่างที่สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ หากกรณีในกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ผู้ช่วยวิจัยที่เป็นนิสิตสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ซึ่งมีสัญชาติ



กัมพูชาและสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและภาษากัมพูชาได้ จะได้รับมอบหมายให้เป็นผู้สัมภาษณ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถให้ข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนสมบูรณ์

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ทั้งหมดแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ใช้สถิติ Chi-Square โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพาที่ 194/2559 ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2559 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2560

ผลการวิจัย

จากข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเป็นแรงงานสัญชาติกัมพูชาทั้งหมด 405 คน สามารถแสดงผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิง ร้อยละ 53.08 ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ร้อยละ 60.74 มีช่วงอายุ 26-45 ปี มีอายุเฉลี่ย 30 ปี ($SD=8.33$ ปี) สมรสแล้วและมีบุตรเฉลี่ย 2 คน ร้อยละ 40.98 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 53.58 ในด้านความสามารถในการใช้ภาษา พบว่า แรงงานที่สามารถอ่านและเขียนภาษากัมพูชาได้ มีเพียงร้อยละ 37.03 และเป็นแรงงานที่สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ร้อยละ 56.54

เมื่อพิจารณาการข้ามพรมแดนมาทำงาน พบว่า แรงงานส่วนมากข้ามพรมแดนโดยได้รับการรับรองสถานะบุคคล โดยได้รับบัตรบุคคลที่ไม่ใช่สัญชาติไทย (บัตรสีชมพู ทร. 38/1) ร้อยละ 64.93 และได้รับหนังสือเดินทาง (Passport) ร้อยละ 12.83 แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า แรงงานไม่มีบัตรประจำตัวใด ๆ ถึงร้อยละ 22.24 สำหรับเรื่องสิทธิการรักษา นั้น พบว่า แรงงานได้รับบัตรประกันสุขภาพต่างตัวของกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 59.01 และ ไม่มีสิทธิการรักษาใด ๆ ร้อยละ 20.98

แรงงานสัญชาติกัมพูชา ทำงานในภาคอุตสาหกรรม ร้อยละ 38.27 และทำงานในงานภาคเกษตรกรรม ร้อยละ 34.56 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนหลังหักค่าใช้จ่าย 3,001-5,000 บาท ร้อยละ 40.00 ซึ่งส่วนใหญ่คิดว่ารายได้มีความเพียงพอ (ร้อยละ 77.53)

ด้านสถานะสุขภาพ พบว่า กลุ่มแรงงานส่วนใหญ่คิดว่าพวกเขามีสุขภาพที่ดีร้อยละ 92.59 แรงงานส่วนใหญ่รับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาล กรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อย (ร้อยละ 74.32) กรณีที่เจ็บป่วยรุนแรง แรงงานมักไปเข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลรัฐในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (ร้อยละ 75.80) โดยเห็นว่าการเดินทางไปโรงพยาบาลนั้นไม่ลำบาก ร้อยละ 66.41 และใช้พาหนะของนายจ้างในการไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 57.53)

กลุ่มตัวอย่าง ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคลากรด้านสาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 23.48) รองลงมา คือ นายจ้าง (ร้อยละ 22.62) และคนในครอบครัว (ร้อยละ 22.49) ตามลำดับ และช่องทางในการสื่อสารด้านสุขภาพมากที่สุด ได้แก่ โทรศัพท์ (ร้อยละ 53.70) รองลงมา คือ เสียงตามสายในโรงงาน (ร้อยละ 18.97)



2. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญญาติดัมพูชา

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (77.36 – 109.00 คะแนน)	83	20.49
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง (50.83 – 77.35 คะแนน)	260	64.20
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ (36.00 – 50.82 คะแนน)	62	15.31

จากตาราง 1 พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง ร้อยละ 64.20 รองลงมาเป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 20.49 และร้อยละ 15.31 เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญญาติดัมพูชา จำแนกรายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)
ความคิดเห็นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ	62 (15.31)	294 (72.60)	49 (12.09)
การสนับสนุนของผู้ให้บริการ	54 (13.33)	210 (51.85)	141 (34.82)
ข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอ	25 (6.17)	228 (56.30)	152 (37.53)
กิจกรรมการดูแลสุขภาพ	27 (6.67)	265 (65.43)	113 (27.90)
การสนับสนุนทางสังคม	39 (9.63)	179 (44.20)	187 (46.17)
การประเมินความน่าเชื่อถือในข้อมูลสุขภาพ	27 (6.67)	265 (65.43)	113 (27.90)
การปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	76 (18.77)	253 (62.46)	76 (18.77)
การสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพ	77 (19.01)	242 (59.76)	86 (21.23)
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	57 (14.07)	257 (63.46)	91 (22.47)
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	65 (16.05)	232 (57.28)	108 (26.67)
การปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ	120 (29.63)	204 (50.37)	81 (20.0)

จากตาราง 2 พบว่า ข้อมูลเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 2 ด้านใหญ่ ๆ ได้แก่ ด้านความคิดเห็นและด้านการปฏิบัติ สำหรับความคิดเห็นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า แรงงานส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.60 โดยความคิดเห็นด้านการสนับสนุนของผู้ให้บริการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 13.33 แต่ความคิดเห็นด้านการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.17 สำหรับองค์ประกอบในเรื่องการปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มแรงงานส่วนใหญ่ปฏิบัติได้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.46 โดยปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพได้ในระดับสูง ร้อยละ 29.63



3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตาราง 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญญาชาติกัมพูชา

ตัวแปร	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			$\chi^2(df)$	p-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
เพศ				7.667 (2)	0.022
ชาย	39 (62.90%)	116 (44.62%)	35 (42.17%)		
หญิง	23 (37.10%)	144 (55.38%)	48 (57.83%)		
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)				39.826 (8)	<.001
<1,000	2 (3.23%)	12 (4.61%)	2 (2.41%)		
1,001-3,000	19 (30.65%)	26 (10.00%)	5 (6.02%)		
3,001-5,000	16 (25.81%)	101 (38.85%)	45 (54.22%)		
5,001-10,000	18 (29.03%)	112 (43.08%)	29 (34.94%)		
>10,000	7 (11.29%)	9 (3.46%)	2 (2.41%)		
ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย				34.035 (2)	<.001
สื่อสารได้	62 (100.00%)	216 (83.08%)	52 (62.65%)		
สื่อสารไม่ได้	0 (0.0%)	44 (16.92%)	31 (37.35%)		
แหล่งข้อมูลจากนายจ้าง				12.180 (2)	0.002
ได้	29 (46.77%)	103 (39.62%)	51 (61.45%)		
ไม่ได้	33 (53.23%)	157 (60.38%)	32 (38.55%)		
แหล่งข้อมูลจากเสียงตามสายในโรงงาน				15.179 (2)	0.001
ได้	11 (17.74%)	55 (21.15%)	34 (40.96%)		
ไม่ได้	51 (82.26%)	205 (78.85%)	49 (59.04%)		

จากตาราง 3 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ รายได้ ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง และการรับรู้ข้อมูลจากเสียงตามสายในโรงงาน สัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มแรงงานสัญญาชาติกัมพูชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความคิดเห็นเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญญาชาติกัมพูชา

ตัวแปร	ระดับความคิดเห็นเรื่องรอบรู้ด้านสุขภาพ			$\chi^2(df)$	p-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
ความสามารถในการเขียนภาษากัมพูชา				8.350 (2)	0.015
ได้	24 (38.71%)	99 (33.67%)	27 (55.10%)		
ไม่ได้	38 (61.29%)	195 (66.33%)	22 (44.90%)		



ตาราง 4 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับความคิดเห็นเรื่องรอบรู้ด้านสุขภาพ			$\chi^2(df)$	p-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
แหล่งข้อมูลจากครอบครัว				6.458 (2)	0.040
ได้	24 (38.71%)	128 (43.54%)	30 (61.22%)		
ไม่ได้	38 (61.29%)	166 (56.46%)	19 (38.78%)		
แหล่งข้อมูลจากนายจ้าง				7.141 (2)	0.028
ได้	26 (41.94%)	143 (48.64%)	14 (28.57%)		
ไม่ได้	36 (58.06%)	151 (51.36%)	35 (71.43%)		
แหล่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในโรงงาน				6.014 (2)	0.049
ได้	8 (12.90%)	53 (18.03%)	15 (30.61%)		
ไม่ได้	54 (87.10%)	241 (81.97%)	34 (69.39%)		
แหล่งข้อมูลจากโทรทัศน์				6.286 (2)	0.043
ได้	37 (59.68%)	206 (70.07%)	40 (81.63%)		
ไม่ได้	25 (40.32%)	88 (29.93%)	9 (18.37%)		

จากตาราง 4 ความสามารถในการเขียนภาษากัมพูชา การได้รับข้อมูลจากครอบครัว การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง การได้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในโรงงานและการรับรู้ข้อมูลสุขภาพจากโทรทัศน์ สัมพันธ์กับความคิดเห็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตาราง 5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของแรงงานสัญชาติกัมพูชา

ตัวแปร	ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ			$\chi^2(df)$	p-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
เพศ				9.957 (2)	0.007
ชาย	48 (63.16%)	110 (43.48%)	32 (42.11%)		
หญิง	28 (36.84%)	143 (56.52%)	44 (57.89%)		
สถานะบุคคล				12.628 (4)	0.013
บัตรสีชมพู	62 (23.57%)	157 (59.70%)	44 (16.73%)		
หนังสือเดินทาง	7 (13.46%)	33 (63.46%)	12 (23.08%)		
ไม่มีบัตร	7 (7.78%)	63 (70.00%)	20 (22.22%)		
รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)				21.067 (8)	0.007
<1,000	4 (5.26%)	10 (3.95%)	2 (2.63%)		
1,001-3,000	18 (23.68%)	28 (11.07%)	4 (5.27%)		
3,001-5,000	24 (31.58%)	98 (38.74%)	40 (52.63%)		



ตาราง 5 (ต่อ)

ตัวแปร	ระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ			$\chi^2(df)$	p-value
	ระดับสูง	ระดับปานกลาง	ระดับต่ำ		
5,001-10,000	24 (31.58%)	107 (42.29%)	28 (36.84%)		
>10,001	6 (7.90%)	10 (3.95%)	2 (2.63%)		
ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย				21.342 (2)	<.001
สื่อสารได้	72 (94.74%)	208 (82.21%)	50 (65.79%)		
สื่อสารไม่ได้	4 (5.26%)	45 (17.79%)	26 (34.21%)		
ความสามารถในการฟังภาษาไทย				24.873 (2)	<.001
ได้	72 (94.74%)	207 (81.82%)	48 (63.16%)		
ไม่ได้	4 (5.26%)	46 (18.18%)	28 (36.84%)		
ความสามารถในการพูดภาษาไทย				11.940 (2)	0.003
ได้	55 (72.37%)	146 (57.71%)	34 (44.74%)		
ไม่ได้	21 (27.63%)	107 (42.29%)	42 (55.26%)		
แหล่งข้อมูลจากเพื่อน				12.661 (2)	0.002
ได้	20 (26.32%)	125 (49.41%)	33 (43.42%)		
ไม่ได้	56 (73.68%)	128 (50.59%)	43 (56.58%)		
แหล่งข้อมูลจากนายจ้าง				10.199 (2)	0.006
ได้	36 (47.37%)	101 (39.92%)	46 (60.53%)		
ไม่ได้	40 (52.63%)	152 (60.08%)	30 (39.47%)		
แหล่งข้อมูลจากเสียงตามสายในโรงงาน				12.895 (2)	0.002
ได้	10 (13.16%)	61 (24.11%)	29 (38.16%)		
ไม่ได้	66 (86.84%)	192 (75.89%)	47 (61.84%)		

จากตาราง 5 สำหรับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า เพศ สถานะบุคคล รายได้ ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย ความสามารถในการฟังภาษาไทย การพูดภาษาไทย การได้รับข้อมูลจากเพื่อน การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง และการรับรู้ข้อมูลสุขภาพจากเสียงตามสายในโรงงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม พบว่า เพศ ($\chi^2 (df 2)=7.667, p=.022$) รายได้เฉลี่ย ต่อเดือน ($\chi^2 (df 8)=39.825, p<.001$) ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย ($\chi^2 (df 2)=34.035, p<.001$) การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง ($\chi^2 (df 2)=12.180, p=.002$) และการรับรู้ข้อมูลจากเสียงตามสายใน โรงงาน ($\chi^2 (df 2)=15.179, p=.001$) สัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของกลุ่มแรงงาน สัญชาตักัมพูชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า แรงงานชาวกัมพูชาเพศชายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สูงกว่าผู้หญิง ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 3,000 – 10,000 บาท/เดือน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีทักษะการสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ สามารถรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ โดยเฉพาะข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลทั้งนายจ้างและเสียงตามสายในโรงงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า อุปสรรคสำคัญของการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ คือ การมีปัญหาด้านการสื่อสาร ปัญหาด้านวัฒนธรรม ปัญหาด้านการเดินทางและการไร้หลักประกันสุขภาพ (Bradby, Humphris, Newall, & Phillimore, 2015) และความสามารถในการสื่อสาร (การรับรู้ การได้ยิน ความสามารถในการพูดและการใช้เหตุผล) กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (รายได้ วัฒนธรรม การใช้ภาษาและการได้รับสนับสนุนจากสังคม) (Paasche-Orlow, & Wolf, 2007) โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่รายได้ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการเข้ารับบริการสุขภาพ (Shao, Meng, Cui, Wang, & Li, 2016)

แรงงานข้ามชาติที่มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ ทั้งการฟังและการพูดมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ในไต้หวันที่มีข้อสรุปว่า อุปสรรคที่สำคัญที่สุดในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จะส่งผลกระทบต่อความรู้ด้านสุขภาพ นั่นคือ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (Tsai & Lee, 2016) ดังนั้นหากแรงงานข้ามชาติทุกคนที่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้จะเพิ่มโอกาสในการทำให้มีแรงงานผู้นั้นมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากมีการศึกษาที่พิสูจน์อย่างแน่ชัดแล้วว่า กระบวนการสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ คือ การสื่อสารเรื่องสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (Nutbeam, 2008; Ratzan, 2001) โดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพไม่ใช่เพียงแต่การพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เท่านั้นแต่หมายถึง การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการสื่อสารสุขภาพในแต่ละชุมชนอีกด้วย อีกทั้งการศึกษาของ Schillinger และคณะที่สังเกตการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ พบว่า หากแพทย์มีการสื่อสารในรูปแบบที่มุ่งเน้นการระลึกได้ (Recall) และการสื่อสารที่ครอบคลุมเนื้อหาสาระหลัก (Comprehension) มีผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอยู่ต่ำกว่าค่าเฉลี่ย ซึ่งหมายความว่า การสื่อสารในรูปแบบนี้ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากขึ้น (Schillinger, Piette & Grumbach, 2003) อย่างไรก็ตามกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มบุคคลทั่วไป จึงมีความต้องการการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพให้สามารถนำข้อมูลทางสุขภาพเหล่านั้นมาเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองได้ (Kreps & Sparks, 2008)

หากพิจารณาเฉพาะความคิดเห็นในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ความสามารถในการเขียนภาษากัมพูชา ($\chi^2 (df 2)=8.350, p=.015$) การได้รับข้อมูลจากครอบครัว ($\chi^2 (df 2)=6.458, p=.040$) การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง ($\chi^2 (df 2)=7.141, p=.028$) การได้ข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ในโรงงาน ($\chi^2 (df 2)=6.014, p=.049$) และการรับรู้ข้อมูลสุขภาพจากโทรทัศน์ ($\chi^2 (df 2)=6.286, p=.043$) มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากความคิดเห็นเรื่องความรู้ด้านสุขภาพเกิดจากการได้รับข้อมูลสุขภาพจนเพียงพอที่แรงงานคาดว่าจะนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ เพราะกลุ่มแรงงานที่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากครอบครัว นายจ้าง เจ้าหน้าที่ในโรงงาน หรือจากแหล่งข้อมูลสาธารณะแบบโทรทัศน์ มีความคิดเห็นต่อความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล โดยเฉพาะหากว่าข้อมูลสุขภาพมีลักษณะใกล้เคียงกับวัฒนธรรมของกลุ่มตนเองก็ย่อมที่จะทำให้กลุ่มแรงงาน



สามารถรับรู้และเข้าใจกับข้อมูลต่าง ๆ เหล่านี้ได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ข้ามพรมแดนมาทำงานในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าการให้ความรู้ผ่านศาสนา ความเชื่อหรือคนในวัฒนธรรมเดียวกันย่อมส่งผลต่อการรับรู้และนำข้อมูลไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพได้เป็นอย่างดี (McCullagh, Sanon, & Foley, 2015). สอดคล้องกับผลการศึกษาในครั้งนี้

เรื่องการปฏิบัติที่เกิดจากความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ผลการศึกษาพบว่า เพศ (χ^2 (df 2)=9.957, $p=.007$) สถานะบุคคล (χ^2 (df 4)=12.628, $p=.013$) รายได้ (χ^2 (df 8)=21.067, $p=.007$) ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย (χ^2 (df 2)=21.342, $p<.001$) ความสามารถในการฟังภาษาไทย (χ^2 (df 2)=24.873, $p<.001$) การพูดภาษาไทย (χ^2 (df 2)=11.940, $p=.003$) การได้รับข้อมูลจากเพื่อน (χ^2 (df 2)=12.661, $p=.002$) การได้รับข้อมูลจากนายจ้าง (χ^2 (df 2)=10.199, $p=.006$) และการรับรู้ข้อมูลสุขภาพจากเสียงตามสายในโรงงาน (χ^2 (df 2)=12.895, $p=.002$) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการปฏิบัติตัวในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ การสื่อสารและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ดังนั้นสถานะบุคคลที่ได้รับการยอมรับทางด้านกฎหมายและการสื่อสารด้วยภาษาไทยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แรงงานชาวกัมพูชาสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง สามารถเข้ารับบริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพได้ตามความจำเป็นทางด้านสุขภาพอย่างแท้จริง

อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มุ่งให้ความสนใจในเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งถือว่าเป็นการทำความเข้าใจในประเด็นสำคัญเพื่อนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการสื่อสารสุขภาพ เป็นการติดอาวุธทางปัญญาให้กับกลุ่มแรงงานที่เป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable Group) ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคและมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ จึงมีความจำเป็นที่จะทำให้นักวิจัยสามารถเข้าถึงและเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในกลุ่มได้ แต่ในระหว่างเก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์แรงงานข้ามชาติที่เข้าร่วมในโครงการส่วนใหญ่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยหรืออ่านด้วยภาษากัมพูชาได้ จึงจำเป็นต้องมอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยชาวกัมพูชาทำหน้าที่ล่ามในการสื่อสารภาษากัมพูชากับกลุ่มแรงงานให้สามารถตอบคำถามได้ ซึ่งอาจส่งผลต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องจึงได้วางแผนให้มีผู้ช่วยวิจัยชาวกัมพูชา 2 ทีมในการตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของข้อมูลระหว่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ควรสร้างกลไกและพัฒนากลไกสื่อสารประชาสัมพันธ์กับแรงงานชาวกัมพูชาด้วยภาษาและสื่อที่เหมาะสม เนื่องจากร้อยละ 62.96 ของแรงงานชาวกัมพูชาไม่สามารถอ่านและเขียนภาษากัมพูชาได้ มีเพียงร้อยละ 56.54 ที่สามารถฟังและพูดภาษาไทยได้เท่านั้น ดังนั้นสื่อที่จะนำมาใช้ในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพของแรงงานชาวกัมพูชา จึงควรเป็นสื่อที่ประกอบด้วยรูปภาพหรือภาพเคลื่อนไหวเพื่อสื่อสารสุขภาพกับแรงงาน โดยการให้ข้อมูลสุขภาพผ่านวัฒนธรรมและเครือข่ายผู้นำศาสนา ผู้นำชุมชนหรือคนใกล้ชิดในครอบครัว อีกทั้งควรใช้ภาษาของกลุ่มแรงงานข้ามชาติเพื่อเพิ่มความเข้าใจให้มากยิ่งขึ้น

2. ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น ควรมีการพัฒนาการเรียนการสอนในการใช้ภาษาไทยในชีวิตประจำวันให้กับกลุ่มแรงงานชาวกัมพูชาทั้งการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าเมืองไทยและขณะทำงานอยู่ในประเทศไทยด้วย



3. ผลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ครอบครัวและนายจ้างเป็นบุคคลสำคัญที่ช่วยในการดูแลสุขภาพของแรงงาน ดังนั้นการปฏิบัติงานต่อไปจึงควรมุ่งเน้นพัฒนาครอบครัวนายจ้างให้เป็นที่เล็งในการฝึกปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health coaching) เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษานี้ ปัญหาด้านการใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพเป็นข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการทำวิจัย ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในรูปแบบอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากการใช้เครื่องมือที่ต้องใช้ทักษะด้านการอ่านและการเขียน เช่น การใช้รูปจำลอง (Pictogram) หรือการเล่าเรื่อง (Scenario) เพื่อให้เหมาะสมกับการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

2. จากการสำรวจพบว่า แรงงานชาวกัมพูชาส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง และบางส่วนเป็นกลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแนวทางการส่งเสริมในกลุ่มแรงงานข้ามชาติมีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เลขที่สัญญา 3/2559

References

- Agency for Health Care Policy and Research. (1997). *Evidence-Based Practice Centers*. RFP. No.AHCPR-97-001. Washington, DC. HHS.
- Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The Evolution of Health Literacy Assessment Tools: a Systematic Review. *BMC Public Health*, 14: 1207.
- Archavanitkul, K., & Saisoonthorn, P. K. (2005). *Questions and Challenges for Thai State Policies on Managing the Health and Welfare Issues of Migrant Workers*. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (in Thai).
- Bradby, H., Humphris, R., Newall, C., & Phillimore, J. (2015). *Public Health Aspects of Migrant Health*. a Review of the Evidence on Health Status for Refugees and Asylum Seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Camarota, S. A. (1999). *Immigrants in the United States, 1998: A Snapshot of Today's Foreign-Born Population*. Retrieved September 1, 2017 from <https://cis.org/Immigrants-United-States-1998>
- Chanchai, S. Jaidee, P., Markwardt, R. A., Jaidee, W., & Nunthawarasilp, P. (2013). *Modeling the Effect of Health Policy on Health Outcomes and Health Service Use of Migrants Doing Agricultural Work*. Bangkok: National Research Council of Thailand. (in Thai).
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling Technique*. (3rd Ed.). New York: John Wiley & Sons.



- Dodson, S., Good, S., & Osborne R. (2015). *Health Literacy Toolkit for Low-and Middle-Income Countries: a Series of Information Sheets to Empower Communities and Strengthen Health Systems*. New Delhi: World Health Organization, Regional office for South-East Asia.
- Hengboriboonpong, P. (2008). *The Development of Malaria Prevention Measures Along Thai-Myanmar Border*. Dissertation of Doctoral Program in Public Health. The Graduate School. Naresuan University. (in Thai).
- Hengboriboonpong, P. (2010). Public Policy for the Person Who Haven't Universal Coverage in Thailand. *Community Hospital*, 11(4): 22-26. (in Thai).
- Hengboriboonpong, P., Noosorn, N., Juntarawijit, C., Siripornpibil, T., Pawabutr, P., & Krissanakriangkrai, O. (2007). Personal Behaviors of Malaria Prevention among Foreign Migrants along Thai-Myanmar Border. *The Public Health Journal of Burapha University*, 2(2): 137-145. (in Thai).
- Intarakamhang, U. (2013). *Synthesis and Development of Health Literacy Indicators for Thai Adults who Over 15 Year for Health Promotion on Food, Exercise, Emotional Management, Alcohol and Smoking*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai).
- Jaidee, P. (2015). *Factor Effected to Accessibility in Compulsory Migrant Health Insurance System: Case Study of Chonburi*, Thailand. Chonburi: Faculty of Public Health. (in Thai).
- Janyasiri, T., & Aungwattana, S. (2008). The Review of Migrant Workers Situation to Develop Research Mapping. *Journal of Public Health and Development*, 6(2): 119-127. (in Thai).
- Kijpredarborisuthi, B. (2011). *Social Science Research Methodology. (11th ed.)* Bangkok: Jamjuree Product. (in Thai).
- Kimbrough, J. B. (2007). Health Literacy as a Contributor to Immigrant Health Disparities. *Journal of health Disparities Research and Practice*, 1(2 Winter): 93-106.
- Khungtumneam, K. (2014). Ethnography Research for Nursing Service System in ASEAN. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(1): 29-35. (in Thai).
- Kreps, G. L., & Sparks, L. (2008). Meeting the Health Literacy Needs of Immigrant Populations. *Patient Education and Counseling*, 71(3): 328-332.
- Maneedang, P., Rongmuang, D., Thongphet, P. & Sridowruang, C. (2016). *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 3(3): 77-93. (in Thai).
- McCullagh, M. C., Sanon, M. A., & Foley, J. G. (2015). Cultural Health Practices of Migrant Seasonal Frameworks. *Journal of Cultural Diversity*, 22(2): 64-67.
- Ministry of Public Health. (2015). *Notification of the Ministry of Public Health of Guideline to Health Check-Up and Health Insurance for Aliens/ Migrant workers*. Date March/30/2015. Copyright. (in Thai).
- Nutbeam, D. (2008). The Evolving Concept of Health Literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12): 2072-2078.



- Office of Foreign Workers Administration, Ministry of Labour. (2015). *Statistics on the Number of Aliens who are Allowed to Work in the Thailand Kingdom for 2015*. Retrieved August 20, 2017 from https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/cea979ea00fbb2f2ad2b6d5e53d5dde8.pdf (in Thai).
- Osborne, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M. & Buchbinder, R. (2013). The Grounded Psychometric Development and Initial Validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13: 658–675.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The Causal Pathways Linking Health Literacy to Health Outcomes. *Am J Health Behav*, 31(Supplement 1): S19-S26.
- Ratzan, S.C. (2001). Health Literacy: Communication for the Public Good. *Health Promotion International*, 16(2): 207-214.
- Schillinger, D., Piette, J., & Grumbach, K. (2003). Closing the Loop Physician Communication with Diabetic Patients who Have Low Health Literacy. *Arch Intern Med*, 63(1): 83-90.
- Searight, H. R. (2003). Bosnian Immigrants' Perceptions of the United States Health Care System: A Quantitative Interview Study. *Journal of Immigrant Health*, 5(2): 87-93.
- Shao, C., Meng, X., Cui, S., Wang, J., & Li, C. (2016). Income-Related Health Inequality of Migrant Workers in China and its Decomposition: An Analysis Based on the 2012 China Labor-force Dynamics Survey Data. *Journal of the Chinese Medical Association*, 79(2016): 531-537.
- Tsai, T. I. & Lee, S. Y. D. (2016). Health Literacy as the Missing Link in the Provision of Immigrant Health care: A Qualitative Study of Southeast Asian Immigrant Women in Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 54(2016): 65-74.
- Vapattanawong, P., Chamratrithirong, A., Punpuing, S., Rhucharoenpornpanich, O., & Apipornchaisakul, K. (2017). Size and Distribution of Cross-Border Population from Myanmar, Cambodia, and Lao PDR in Thailand 2015: Estimation from Multiple Sources. *Thai Population Journal*, 4(2): 5-21. (in Thai).
- Villa-Torres, L., Gonzalez-Vazquez, T., Fleming, P. J., Gonzalez- Gonzalez, E. L., Infante-Xibille, C., Chavez, R. et al., (2017). Transnationalism and Health: A Systematic Literature Review on the Use of Transnationalism in the Study of the Health Practices and Behaviors of Migrants. *Social Science and Medicine*, 183(2017): 70-79.
- World Health Organization. (1998). *Health Promoting Glossary*. Geneva: World Health Organization.