

การใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย¹

Use of Medical Benefits among the Thai Working Age

ชญานิศวร์ โคโนะ²

ปิยนุช สายสุxonันต์³

ณัฐ ภูมิพัฒนศิริ⁴

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทยและเพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2556 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร

ผลการวิจัยพบว่า ประชากรวัยแรงงานไทยใช้สวัสดิการรักษายาบาลร้อยละ 55.02 มากกว่าผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลเพียงเล็กน้อย การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของ การใช้สวัสดิการรักษายาบาลกับปัจจัยด้านภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มีและปัจจัยด้านการเจ็บป่วยพบว่า ตัวแปรที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานอย่างชัดเจน ได้แก่ ภูมิภาคที่อาศัย ประเภทของสวัสดิการที่มีการมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย และระดับการเจ็บป่วย ในขณะที่ ตัวแปรที่ไม่ได้เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของประชากร

¹ ได้รับการตอบรับให้นำเสนองานวิจัย ใน 13th International Conference on Social Science and Humanities (ICSSH) 22-23 May 2017, Lisbon, Portugal.

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

³ พยาบาลวิชาชีพ (ชำนาญการพิเศษ) โรงพยาบาลศิริราช

⁴ นิสิตปริญญาเอก วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัย จึงสรุปได้ว่าผู้ที่มีปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มี และปัจจัยด้านการเจ็บป่วยแตกต่างกันจะตัดสินใจใช้สวัสดิการ รักษาพยาบาลแตกต่างกัน

คำสำคัญ: สวัสดิการรักษาพยาบาล, วัยแรงงานไทย, การใช้
 สวัสดิการ

Abstract

This research was aimed at studying the use of the national medical benefit insurance scheme among various members of the Thai working age, as well as related determinant factors. Data obtained from the Health and Welfare Survey, conducted in 2013 by the National Statistical Office of the Ministry of Information and Communication Technology, were used in the study.

The results showed that more than half (55.02 %) of the working age utilized the medical insurance scheme during that year. Hence, the proportion of the working age obtaining benefits was only slightly higher than the proportion of non-users. Logistic regression analysis of the usage of the scheme and associated factors, i.e. factors related to the individuals' background and their ability to receive health care services, and factors related to their illness, revealed that the factors that were significant in determining the usage of medical benefits among the Thai working age were region of the country, type of medical benefit programs, personal medical

problems, symptoms, and level of illness severity. On the other hand, insignificant factors associated with the usage of the scheme were the sex, age, education, number of members in the household (household size), marital status, and residential area of the individuals concerned. Based on the study results and in accordance with the hypotheses of this study, it was found that individuals with different backgrounds and ability to receive health care services, and those with varying levels of illness would make different decisions regarding their use of such benefits.

Keywords: Medical Benefit, Thai Working Age, Using of Medical Benefit

1. บทนำ

นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (ปี พ.ศ. 2540-2544) เรื่อยมาจนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11 (ปี พ.ศ. 2555-2559) ซึ่งมีเนื้อหาและประเด็นสำคัญในการมุ่งเน้นพัฒนาคนหรือประชากรให้เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาประเทศ โดยยึดหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 9 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2558) ทั้งนี้เป็นที่ประจักษ์แล้วว่าคุณภาพชีวิตที่ดีของประชากรส่วนหนึ่งมาจาก การมีสุขภาพดี สืบเนื่องจากสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ รวมถึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งในทุนมนุษย์ อย่างไรก็ตามการที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องรู้จักการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองเป็นเรื่องของพฤติกรรมแต่ละบุคคลที่ควรมีการริเริ่มและมีรูปแบบของตนเองในการที่จะ

ก่อให้เกิดประโยชน์แก่การดำรงชีวิต เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดี รวมถึงมีคุณภาพชีวิตที่ดี (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติคจ์, 2542)

อนึ่ง ปัญหาสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยในปัจจุบันของประชากรไทยมิได้เป็นปัญหาที่เกิดจากวิวัฒนาการของอาการเจ็บป่วยหรือโรคเพียงอย่างเดียว ทว่ามีความเกี่ยวโยงจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงทางสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ ระบบนิเวศ การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความเป็นธรรมในสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง นโยบายของประเทศและสันติภาพ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จัดเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของคนไทย (ลักขณา เต็มศิริชัย, 2541)

ปัจจุบันการดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรโดยการจัดการบริการสาธารณสุขเชิงรุก โดยให้ประชากรเข้ามามีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานและมีบทบาทในการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล ครอบครัว กลุ่ม ชุมชน ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองประกอบด้วย (1) การดูแลส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ (2) การรู้จักป้องกันตนเองจากโรคและอันตรายอื่นๆ (3) การรักษาอย่างถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วย และ (4) การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ อันเป็นผลสอดคล้องกับการพัฒนาประเทศในภาพรวม ดังสะท้อนได้จาก นโยบายปฏิรูประบบสุขภาพด้วยการตราพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 มาตราที่ 5 หมวดที่ 1 ที่ระบุว่า “บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขที่มีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพตามที่กำหนดโดยพระราชบัญญัตินี้ คณะกรรมการอาจกำหนดให้บุคคลที่เข้ารับการบริการสาธารณสุขต้องร่วมจ่ายค่าบริการในอัตราที่กำหนดให้แก่หน่วยบริการในแต่ละครั้งที่เข้ารับการบริการ เว้นแต่ผู้ยากไร้หรือบุคคลอื่นที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดไม่ต้องจ่ายค่าบริการ ประเภทและขอบเขตของบริการ

สาธารณสุขที่บุคคลจะมีสิทธิได้รับให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด” (กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

สืบเนื่องจากประชากรเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรที่มีอายุ 15 ถึง 59 ปี ซึ่งจัดอยู่ในวัยแรงงาน โดยมีความสำคัญในด้านการทำงาน การเพิ่มผลผลิต และการนำรายได้มาสู่ประเทศ (เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2547 และบุญคง หันจางสิทธิ์, 2556) จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2553 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานมากกว่าวัยอื่น โดยมีประชากรวัยแรงงานจำนวน 44.8 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 67.9 ของประชากรไทยทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) นอกจากประชากรวัยแรงงานจะเป็นกำลังสำคัญในด้านการผลิตทางเศรษฐกิจแล้ว ประชากรกลุ่มดังกล่าวนับได้ว่ามีความสำคัญในด้านการเกื้อกูลเด็กและผู้สูงอายุ ด้วยเหตุนี้เองคุณภาพชีวิตของประชากรวัยแรงงานจึงควรได้รับการส่งเสริมทั้งด้านคุณภาพชีวิต ด้านการศึกษาและด้านสุขภาพ เนื่องจากหากประชากรวัยนี้มีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาของประเทศโดยรวม

จากสถิติของสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน แสดงอย่างชัดเจนว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550-2554 จำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยของแรงงานมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2554 มีจำนวน 129,632 ราย ซึ่งลดลงจากปี พ.ศ. 2553 ร้อยละ 11.52 อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาสาเหตุของการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยพบว่าตลอดช่วงระยะเวลา 5 ปีดังกล่าวมีแรงงานประสบกับอันตรายจากการทำงานด้วยสาเหตุจากวัตถุหรือสิ่งของตก บาด หรือทิ่มแทงอวัยวะต่างๆ มากที่สุด (สำนักงานประกันสังคม, 2555) ไม่เพียงเท่านั้นประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากขึ้นจะเริ่มมีปัญหสุขภาพเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย (Sibson, Robert E., 1976; Stanhope M. and Lancaster J., 2016; วนิดา วาทีเจริญและคณะ,

2556) ดังนั้นหากไม่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพหรือดูแลตนเองที่ดีอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นต้น จากข้อมูลรายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2553 พบว่าแรงงานไทยตอนต้นที่มีอายุ 15-29 ปี ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพ อันได้แก่ อุบัติเหตุ โรคทางจิตเวชและเอชไอวี/เอดส์ ขณะที่เมื่ออายุเพิ่มขึ้นหรือในกลุ่มแรงงานตอนปลาย (อายุ 30-59 ปี) กลับพบว่ามีปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อและโรคเรื้อรัง ยิ่งไปกว่านั้นประชากรในกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองป่วย เนื่องจากเมื่อเจ็บป่วยในระยะแรกมักไม่เข้ารับการรักษายาบาล แต่อาศัยวิธีการซื้อยามารับประทานเอง ในท้ายที่สุดประชากรจะทราบถึงการเจ็บป่วยก็ต่อเมื่อ อาการป่วยได้แสดงออกมาอย่างชัดเจนหรืออยู่ในขั้นรุนแรง (ชินฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ, 2553; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ดังนั้นจึงทำให้ต้องใช้วิธีการรักษาที่ยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายในการรักษายาบาลมากขึ้น เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชากรวัยแรงงาน โดยการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรค และให้ประชากร วัยแรงงานเห็นความสำคัญของการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในระยะแรก รวมทั้งส่งเสริมระบบการดูแลรักษาให้มีคุณภาพที่ดี เข้าถึงได้ง่าย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าประชากรที่ไม่เข้ารับการรักษายาบาลเมื่อเจ็บป่วยในระยะแรก ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาการไม่มีสวัสดิการรักษายาบาล อย่างไรก็ตามมีประชากรบางส่วนที่มีสวัสดิการฯ แต่กลับไม่ใช้สวัสดิการฯ ที่ตนเองมี โดยเฉพาะประชากรวัยแรงงานที่ป่วย/ไม่สบายมากกว่าร้อยละ 60 ที่มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ได้ใช้ (ร้อยละ 60.2) และเมื่อเจ็บป่วยจากการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุมากกว่าครึ่งไม่ได้ใช้สวัสดิการฯ เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 53.9) ขณะที่วัยแรงงานที่มีโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัวมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการฯ เพียงเล็กน้อยเท่านั้น (ร้อย

ละ 18.4) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการใช้สวัสดิการรักษายาบาลและปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของประชากรไทยวัยแรงงาน ผลการวิจัยสามารถใช้วางแผนส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคและการส่งเสริมให้ประชากรวัยแรงงานเห็นความสำคัญของการเข้ารับการรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในระยะแรก รวมทั้งการสร้างระบบการดูแลสุขภาพให้มีคุณภาพที่ดี เข้าถึงได้ง่ายเพื่อให้แรงงานใช้สวัสดิการรักษายาบาลที่มี

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย

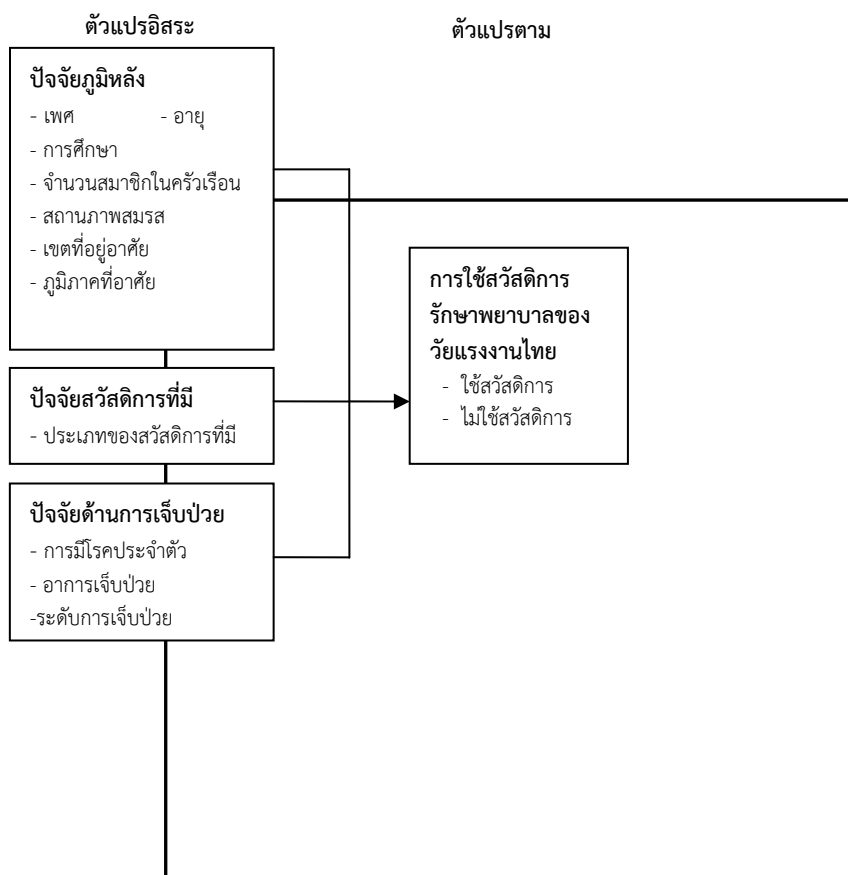
2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย

3. แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดเชิงทฤษฎีของ Anderson and Newman (1973) ที่เสนอว่าปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้บริการทางการแพทย์ โดยการเลือกใช้วิธีการรักษายาบาลขึ้นกับปัจจัย 3 ประการคือ (1) ตัวกำหนดทางสังคม (2) ระบบบริการสุขภาพ และ (3) ตัวกำหนดส่วนบุคคล สำหรับความสำคัญของตัวกำหนดทั้งสามนี้พบว่า ตัวกำหนดทางสังคมมีอิทธิพลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคลในสองทาง คือ ทางหนึ่งเป็นผลโดยตรงต่อตัวกำหนดส่วนบุคคล อีกทางหนึ่งผ่านทางระบบบริการสุขภาพก่อนที่จะมีผลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคล ซึ่งตัวกำหนดส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษายาบาลของแต่ละบุคคลในที่สุด รวมทั้งปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ของ Kleinman (1980) และ Young (1981) ที่สรุปประเด็นไว้ว่า “ชนิด

และความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยและสังคมประเมินไว้ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ลักษณะส่วนบุคคลต่างๆ ของผู้ป่วย อันได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา แหล่งที่อยู่อาศัยและการเข้าถึง ปัจจัยภูมิหลังหรือแหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่ เป็นตัวกำหนดสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้แหล่งบริการสุขภาพเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วย”

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย



จากแนวคิดเชิงทฤษฎีข้างต้นนำไปสู่กรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มีและปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ตัวแปรตามของการวิจัยครั้งนี้ คือ การใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย

4. ระเบียบวิธีวิจัย

การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัย และสวัสดิการปี พ.ศ. 2556 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ที่จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวม ข้อมูลของประชากรเกี่ยวกับการมีสวัสดิการรักษายาบาล การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาล การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล (คนไข้ใน) การใช้บริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายในการ ใช้บริการสาธารณสุข เป็นต้น ตามความต้องการใช้ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกของครัวเรือนที่ตกเป็น ตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

การเลือกตัวอย่างของงานวิจัยครั้งนี้ จะจงเลือกตัวอย่างที่มีความ เจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อนหน้านี้และตอบคำถามด้วยตนเอง

อนึ่งได้มีการนำข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมาทำการถ่วงน้ำหนัก เพื่อให้เท่ากับจำนวนประชากรตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ ดังนั้นค่าถ่วงน้ำหนักที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการปรับให้ค่าถ่วงน้ำหนักเท่ากับจำนวน ประชากรตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ของปีการสำรวจ ซึ่งแตกต่างจากค่าถ่วง น้ำหนักของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ถ่วงน้ำหนักให้จำนวนประชากร ตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับจำนวนประชากรไทยของปีการสำรวจ

ภายหลังจากการถ่วงน้ำหนักแล้ว ได้คัดเลือกเฉพาะประชากรที่มีอายุระหว่าง 15 ปี ถึง 59 ปี และตอบคำถามครบทุกข้อคำถามที่ใช้เป็นตัวแปรในการวิจัย ทั้งนี้ในการเสนอผลการวิจัยจะใช้จำนวนตัวอย่างแบบถ่วงน้ำหนักแล้ว โดยปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนตัวอย่างวัยแรงงาน 45,386 คน ขณะที่ตัวอย่างที่เข้าข่ายจำนวน 4,041 คน

การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ ร้อยละค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของประชากรไทย อาศัยการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ Multiple logistic regression เนื่องจากตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับแบ่งกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ (1) ใช้สวัสดิการ และ (2) ไม่ใช้สวัสดิการ สำหรับตัวแปรอิสระประกอบด้วย ตัวแปรระดับแบ่งกลุ่ม ตัวแปรระดับจัดอันดับ และตัวแปรระดับอัตราส่วน

5. ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลผลการวิจัยออกเป็น 3 ส่วน คือ ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง การใช้สวัสดิการรักษายาบาล และการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาล

5.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีจำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 4,041 คน เป็นเพศหญิงสัดส่วน ร้อยละ 65.08 มีอายุ 45 ปีถึง 59 ปี มากกว่าครึ่งหนึ่ง ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 54.27) โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.44 ปี มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 35.87) อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนระหว่าง 3 คน ถึง 4 คน คิดเป็นสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 43.54) ทั้งนี้เกือบ 3 ใน 4 ของตัวอย่างทั้งหมดมีสถานภาพ

สมรสเป็นสมรสแล้ว (ร้อยละ 70.55) มีผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลเกินครึ่งหนึ่งของตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 57.11) อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ) มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 27.24) โดยส่วนใหญ่เกือบ 3 ใน 4 ของตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 71.54) เป็นผู้ที่มิสวัสดิการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า นอกจากนี้แล้วพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวและผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 50.63 เปรียบเทียบกับร้อยละ 49.37) ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยอาการไม่สบาย โดยมีสัดส่วนมากกว่าครึ่งหนึ่งของตัวอย่างทั้งหมด (ร้อยละ 60.34) และกว่า 3 ใน 4 ของตัวอย่างทั้งหมดไม่หยุดงานเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (ร้อยละ 74.23)

5.2 การใช้สวัสดิการรักษาพยาบาล

จากข้อมูลพบว่า ในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลจำนวน 2,224 คน คิดเป็นร้อยละ 55.02 และมีผู้ที่ไม่ใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลจำนวน 1,817 คน คิดเป็นร้อยละ 44.98

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลของประชากรกับปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มีและปัจจัยด้านการเจ็บป่วยได้ทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้ตารางไขว้ (ตารางที่ 1) พบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลมากกว่าเพศชาย โดยเปรียบเทียบร้อยละ 55.18 และร้อยละ 54.73 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ที่มิอายุ 45 ปี ถึง 59 ปี มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.54 ในขณะที่ผู้ที่มีอายุ 30 ปี ถึง 44 ปี มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลในอันดับที่รองลงมา คิดเป็นร้อยละ 50.18 และผู้ที่มีอายุ 15 ปี ถึง 29 ปี มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91

ข้อมูลจากตารางที่ 1 พบว่าผู้ที่มีการศึกษาดำรงต่ำกว่าประถมศึกษา มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาล มากกว่าผู้สำเร็จการศึกษาระดับอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 60.32 สำหรับผู้ที่มีการศึกษาประถมศึกษา ผู้ที่มี

การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มีสัดส่วนลดหลั่นลงไปคิดเป็นร้อยละ 56.30 ร้อยละ 54.59 ร้อยละ 50.55 และร้อยละ 48.53 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณาจำนวนสมาชิกในครัวเรือนพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือน 3 คน ถึง 4 คน มีสัดส่วน การใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.77 ทั้งนี้ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกในครัวเรือนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไปมีสัดส่วนรองลงมา คิดเป็นร้อยละ 54.86 ขณะที่ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 2 คน และผู้ที่อาศัยอยู่คนเดียว (จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 คน) มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 53.25 และร้อยละ 53.09 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นอื่นๆ (ม่าย หย่า แยก) มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลในสัดส่วนที่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.86 สำหรับ ผู้ที่มีสถานภาพสมรสเป็นสมรสและผู้ที่มิมีสถานภาพสมรสเป็นโสด มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลคิดเป็นร้อยละ 56.23 และร้อยละ 46.94 ตามลำดับ

จากการวิเคราะห์เขตที่อยู่อาศัยพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล โดยเปรียบเทียบร้อยละ 56.85 และร้อยละ 52.59 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 61.51 ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ) ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลที่ใกล้เคียงกัน เปรียบเทียบร้อยละ 55.47 ร้อยละ 54.03 และร้อยละ 52.69 ตามลำดับ ขณะที่ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีสัดส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.58

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัย
แรงงานกับปัจจัยต่างๆ ด้วยวิธีตารางไขว้

ลักษณะทั่วไป	ใช้ สวัสดิการ	ไม่ใช้ สวัสดิการ	รวม	
ปัจจัยภูมิหลัง				
เพศ				
- หญิง	55.18	44.82	100.00	χ = 1.1492 P = 0.284
- ชาย	54.73	45.27	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	
อายุ				
				χ
- 15 ปี ถึง 29 ปี	40.91	59.09	100.00	= 78.5886 P = 0.000
- 30 ปี ถึง 44 ปี	50.18	49.82	100.00	
- 45 ปี ถึง 59 ปี	61.54	38.46	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	
การศึกษา				
- ต่ำกว่า				χ
ประถมศึกษา	60.32	39.68	100.00	= 34.0378 P = 0.000
- ประถมศึกษา	56.30	43.70	100.00	
- มัธยมศึกษา				
ตอนต้น	50.55	49.45	100.00	
- มัธยมศึกษา				
ตอนปลาย	48.53	51.47	100.00	
- สูงกว่า				
มัธยมศึกษาตอน				
ปลาย	54.59	45.41	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	

จำนวนสมาชิกใน
ครัวเรือน

				χ
- 1 คน	53.09	46.91	100.00	= 3.8425
- 2 คน	53.25	46.75	100.00	P = 0.279
- 3 คน ถึง 4 คน	56.77	43.23	100.00	
- ตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป				
ไป	54.86	45.14	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	

สถานภาพสมรส

				χ
- โสด	46.94	53.06	100.00	= 15.0321
- สมรส	56.23	43.77	100.00	P = 0.001
- อื่นๆ (ม่าย หย่า แยก)	58.86	41.14	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	

เขตที่อยู่อาศัย

				χ
- นอกเขตเทศบาล	56.85	43.15	100.00	= 6.9233
- ในเขตเทศบาล	52.59	47.41	100.00	P = 0.009
รวม	55.02	44.98	100.00	

ภูมิภาคที่อาศัย

				χ
- กรุงเทพมหานคร	46.58	53.42	100.00	= 27.2253
- ภาคกลาง (ยกเว้น กรุงเทพฯ)	55.47	44.53	100.00	P = 0.000
- ภาคเหนือ	54.03	45.97	100.00	

- ภาค				
ตะวันออกเฉียงเหนือ	61.51	38.49	100.00	
- ภาคใต้	52.69	47.31	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	
ปัจจัยสวัสดิการที่มี				
ประเภทของสวัสดิการที่มี				
- บัตรประกันสุขภาพ	54.33			χ
ถ้วนหน้า		45.67	100.00	= 19.1336
- ประกันสังคม	52.97	47.03	100.00	P = 0.000
- ข้าราชการ/				
รัฐวิสาหกิจ	66.45	33.55	100.00	
- สวัสดิการโดยนายจ้าง	51.39	48.61	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	
ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย				
การมีโรคประจำตัว				
	38.77			χ
- ไม่มีโรคประจำตัว		61.23	100.00	= 524.7612
- มีโรคประจำตัว	70.87	29.13	100.00	P = 0.000
รวม	55.02	44.98	100.00	
อาการเจ็บป่วย				
	38.06			χ
- ไม่สบาย		61.94	100.00	= 849.8322
- อุบัติเหตุ/ ถูกทำร้าย	56.05	43.95	100.00	P = 0.000
- โรคประจำตัว/ โรค				
เรื้อรัง	85.71	14.29	100.00	
รวม	55.02	44.98	100.00	
ระดับการเจ็บป่วย				
	51.51			χ
- ไม่หยุดงาน		48.49	100.00	= 22.4337
- หยุดงาน	65.14	34.86	100.00	P = 0.000

ในด้านปัจจัยสวัสดิการที่มีนั้น เมื่อพิจารณาประเภทของสวัสดิการที่มีพบว่า ผู้ที่มีสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจมีส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 66.45 ตามลำดับ ทั้งนี้ผู้ที่มีสวัสดิการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ที่มีสวัสดิการประกันสังคม และผู้ที่มีสวัสดิการโดยนายจ้าง มีส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาล คิดเป็นร้อยละ 54.33 ร้อยละ 52.97 และร้อยละ 51.39 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ปัจจัยด้านการเจ็บป่วยพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้โรคประจำตัว เปรียบเทียบร้อยละ 70.87 และร้อยละ 38.77 ตามลำดับ นอกจากนี้ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัว/ โรคเรื้อรังมีส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 85.71 ขณะที่ผู้ที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุ/ อุบัติภัยมีส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาล คิดเป็นร้อยละ 56.05 และผู้เจ็บป่วยด้วยอาการไม่สบายมีส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลน้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.06 นอกจากนี้ในตารางที่ 2 พบว่าผู้ที่เจ็บป่วยแล้วหยุดงานมีส่วนการใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยแต่ไม่หยุดงาน เปรียบเทียบร้อยละ 65.14 และร้อยละ 51.51 ตามลำดับ

โดยสรุปแล้วการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของประชากรกับปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มีและปัจจัยด้านการเจ็บป่วย โดยใช้ตารางไขว้พบว่า อายุ การศึกษา ภูมิภาคที่อาศัย ประเภทของสวัสดิการที่มี การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000

5.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการ รักษาพยาบาล

จากลักษณะทั่วไปของตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลของวัยแรงงานไทย พบว่า ผู้ที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลของบริษัทประกันและผู้มีสวัสดิการโดยนายจ้างมีส่วนเป็นศูนย์และมีสัดส่วนน้อยมากตามลำดับ ทำให้ไม่สามารถนำเข้าไปสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกได้อย่างถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่นำผู้ที่มีสวัสดิการรักษาพยาบาลของบริษัทประกันและผู้มีสวัสดิการโดยนายจ้างเข้าวิเคราะห์ในขั้นตอนการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ทำให้มีจำนวนตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์ทั้งสิ้นจำนวน 4,025 คน นอกจากนี้แล้วตัวแปรที่อิสระที่นำเข้าสู่สมการในการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลโดยใช้การถดถอย โลจิสติกครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลของประชากรกับปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มีและปัจจัยด้านการเจ็บป่วย โดยใช้ตารางไขว้ ซึ่งมีทั้งสิ้น 7 ตัวแปรด้วยกัน ได้แก่ อายุ การศึกษา ภูมิภาคที่อาศัย ประเภทของสวัสดิการที่มี การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยและระดับการเจ็บป่วย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลกับปัจจัยด้านภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มีและปัจจัยด้านการเจ็บป่วย ในปี พ.ศ. 2556 พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดอันประกอบด้วย อายุ การศึกษา ภูมิภาคที่อาศัย ประเภทของสวัสดิการที่มี การมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย และระดับการเจ็บป่วย สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการใช้สวัสดิการรักษาพยาบาลของวัยแรงงานไทยได้ร้อยละ 18.25 ($\text{Pseudo } R^2 = 0.1825$) ทั้งนี้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ของการใช้สวัสดีการรักษายาบาลที่สัมพันธ์กับปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัย
สวัสดีการที่มีและปัจจัยด้านการเจ็บป่วย มีรายละเอียดดังนี้ (ตารางที่ 2)

ปัจจัยภูมิหลัง

อายุ: ผู้ที่มีอายุ 15 ปี ถึง 29 ปี และ 30 ปี ถึง 44 ปี มีความเสี่ยง
ที่จะใช้สวัสดีการรักษายาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 45 ปี ถึง 59 ปี เท่ากับ
0.5198 เท่า และ 0.7510 เท่า ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์โดยควบคุมอิทธิของตัว
แปรอิสระอื่นๆ แล้ว พบว่าผู้ที่มีอายุ 15 ปี ถึง 29 ปี ยังคงมีความเสี่ยงที่จะใช้
สวัสดีการรักษายาบาลน้อยกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 45 ปี ถึง 59 ปี เท่ากับ 0.7856
เท่า โดยเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในกรณีผู้ที่มี
อายุ 30 ปี ถึง 44 ปี มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดีการรักษายาบาลมากกว่า
ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 45 ปี ถึง 59 ปี เท่ากับ 1.0051 เท่า ทั้งนี้เป็นความสัมพันธ์
ที่ไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา: ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้ที่มี
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ต่างก็มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดีการ
รักษายาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา เท่ากับ 0.8117
เท่า และ 0.7360 เท่า ตามลำดับ โดยเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติ
ที่ระดับ 0.05 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่
มีการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย ยังคงมีความเสี่ยงที่จะใช้
สวัสดีการรักษายาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา
เท่ากับ 0.9623 เท่า ทว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณา
ผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาพบว่า มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดีการ
รักษายาบาลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาเท่ากับ 1.0829
เท่า แต่เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ

อนึ่งเมื่อควบคุมอิทธิของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว พบว่าผู้ที่มี
การศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายและสูงกว่า

มัธยมศึกษาตอนปลาย ต่างก็มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษา เท่ากับ 0.8833 เท่า 0.8754 เท่า และ 0.9646 เท่าตามลำดับ โดยความสัมพันธ์ทั้งหมดเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่มีการศึกษต่ำกว่าประถมศึกษา เท่ากับ 1.0108 เท่า ทั้งนี้ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ภูมิภาคที่อาศัย: ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 1.4212 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 สำหรับผู้ที่อาศัยอยู่ภาคกลางมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่กรุงเทพมหานคร เท่ากับ 1.0282 เท่า แต่เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ผู้ที่อาศัยอยู่ภาคเหนือ รวมถึงผู้ที่อาศัยอยู่ภาคใต้ มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 0.9522 เท่า และ 0.9104 เท่า ตามลำดับ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการวิเคราะห์ภายหลังควบคุมอิทธิของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ ทุกภูมิภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่อยู่กรุงเทพมหานคร เท่ากับ 1.7349 เท่า 1.9129 เท่า 2.4942 เท่า และ 1.3761 เท่าตามลำดับ ซึ่งความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และที่ระดับ 0.05

ปัจจัยสวัสดิการที่มี

ประเภทของสวัสดิการที่มี: ผู้ที่มีสวัสดิการประกันสังคม มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลน้อยกว่าผู้ที่มีสวัสดิการบำนาญประกัน

สุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 0.9009 เท่า ทว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ผู้ที่มีสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่มีสวัสดิการบำตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 1.6852 เท่า โดยเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว พบว่า ทั้งผู้ที่มีสวัสดิการประกันสังคมและผู้ที่มีสวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่มีสวัสดิการบำตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า เท่ากับ 1.3936 เท่า และเท่ากับ 1.5108 เท่า ทั้งนี้เป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

การมีโรคประจำตัว: ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่โรคประจำตัวถึง 3.7959 เท่า ซึ่งความสัมพันธ์มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวยังคงมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่โรคประจำตัว เท่ากับ 1.2851 เท่า และยังคงเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อาการเจ็บป่วย: ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยอาการไม่สบาย เท่ากับ 1.0447 เท่า แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว/ โรคเรื้อรังมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยอาการไม่สบายสูงถึง 8.9564 เท่า อีกทั้งเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อพิจารณาผลการวิเคราะห์หลังจากควบคุมอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว พบว่าผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ/ถูกทำร้ายและผู้เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว/ โรคเรื้อรังมีความเสี่ยง ที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยอาการไม่

สบาย เท่ากับ 1.8494 เท่า และ 8.6811 เท่า ตามลำดับ ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ระดับการเจ็บป่วย: ผู้ที่เจ็บป่วยแล้วหยุดงานมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยแล้วไม่หยุดงาน เท่ากับ 1.7672 เท่า ความสัมพันธ์นี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้วพบว่า ผู้ที่เจ็บป่วยแล้วหยุดงานยังคงมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยแล้วไม่หยุดงาน เท่ากับ 2.1890 เท่า และมีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ 0.01

โดยสรุปแล้วข้อค้นพบจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่าปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ได้แก่ ภูมิภาคที่อาศัย ประเภทของสวัสดิการที่มีการมีโรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย และระดับการเจ็บป่วย โดยสามารถสรุปทิศทางและความสัมพันธ์ได้ดังนี้

1) ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร

2) ผู้ที่มีสวัสดิการประกันสังคมและผู้ที่มีสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่มีสวัสดิการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3) ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

4) ผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว/ โรคเรื้อรัง และผู้ที่เจ็บป่วยด้วยอุบัติเหตุ/ ถูกทำร้ายมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยอาการไม่สบาย

5) ผู้ที่เจ็บป่วยแล้วหยุดงานมีความเสี่ยงที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่เจ็บป่วยแต่ไม่หยุดงาน

อย่างไรก็ตามตัวแปรที่ไม่ได้เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการ
รักษาพยาบาลของวัยแรงงานไทยในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ อายุ
การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรสและเขตที่อยู่อาศัย

ตารางที่ 2 สัดส่วนความเสี่ยงจากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกของการใช้
สวัสดิการรักษาพยาบาลที่สัมพันธ์กับปัจจัยภูมิหลัง ปัจจัยสวัสดิการที่มี
และปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

ลักษณะทั่วไป	อย่างง่าย	พหุตัวแปร
ปัจจัยภูมิหลัง		
อายุ (อ้างอิง 45 ปี ถึง 59 ปี)		
- 15 ปี ถึง 29 ปี	0.5198**	0.7856*
- 30 ปี ถึง 44 ปี	0.7510**	1.0051
การศึกษา (อ้างอิง ต่ำกว่า ประถมศึกษา)		
- ประถมศึกษา	1.0829	0.8833
- มัธยมศึกษาตอนต้น	0.8117*	1.0108
- มัธยมศึกษาตอนปลาย	0.7360**	0.8754
- สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	0.9623	0.9646
ภูมิภาคที่อาศัย (อ้างอิง กรุงเทพมหานคร)		
- ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพฯ)	1.0282	1.7349**
- ภาคเหนือ	0.9522	1.9129**
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	1.4212**	2.4942**
- ภาคใต้	0.9104	1.3761*
ประเภทของสวัสดิการที่มี (อ้างอิง บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า)		
- ประกันสังคม	0.9009	1.3936**
- ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1.6852**	1.5108**

ปัจจัยด้านการเจ็บป่วย

การมีโรคประจำตัว (อ้างอิง ไม่มี

โรคประจำตัว) 3.7959** 1.2851**

อาการเจ็บป่วย (อ้างอิง ไม่สบาย)

อุบัติเหตุ/ ถูกทำร้าย 1.0447 1.8494**

โรคประจำตัว/ โรคเรื้อรัง 8.9564** 8.6811**

ระดับการเจ็บป่วย (อ้างอิง ไม่หยุด

งาน) 1.7672** 2.1890**

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
= -2405.6807 Log likelihood

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01
= 0.1825 Pseudo R²

กลุ่มอ้างอิง คือ ไม่ใช่สวัสดิการรักษายาบาล (N = 4,025 คน)

6. ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของการวิจัยในครั้งนี้สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายได้ใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมด้านการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงาน รวมถึงเพื่อเป็นข้อมูลและแนวคิด ในการวิจัยเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลหรือในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข หรือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากร

6.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้ที่อยู่อาศัยในภูมิภาคอื่นๆ ที่มีได้อาศัยในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีแนวโน้มที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่อยู่อาศัยในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้สะท้อนความแตกต่างทั้งทางด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม ตลอดจนความเจริญในด้านต่างๆ ที่น่าจะมีผลต่อรูปแบบในการดำเนินชีวิต

ที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุที่ การพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่ทำให้กรุงเทพมหานคร มีสถานพยาบาลที่ทันสมัย มีประสิทธิภาพกว่าและความหลากหลายของระบบบริการสาธารณสุข อย่างไรก็ตามสิทธิการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ผูกติดผู้ป่วยกับสถานพยาบาลเพียงแห่งเดียวเท่านั้น ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิในสถานพยาบาลอื่นๆ ได้ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินนโยบายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้สิทธิได้สะดวกโดยไม่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลเพียงแห่งใดแห่งหนึ่งเท่านั้น

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทยพบว่า ผู้ที่มีสวัสดิการประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจมีแนวโน้มที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้สวัสดิการรักษายาบาล เป็นการคุ้มครองทางสังคมที่ช่วยบุคคลหรือครอบครัวแบ่งเบาภาระด้านการเงินในยามเจ็บป่วยอย่างหนึ่ง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543) อย่างไรก็ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ได้กำหนดให้สิทธิ การประกันสุขภาพแก่คนไทยทุกคน ยกเว้นผู้ที่มีบัตรประกันสุขภาพ ข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจและผู้ที่ได้รับสิทธิอื่นๆ ที่ได้จากรัฐ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) แสดงว่า ผู้ที่ใช้สวัสดิการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าตามประกาศนี้เป็นผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพอื่นๆ จากภาครัฐ ซึ่งเป็นผู้ที่มีแนวโน้มที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลน้อยกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นๆ จากภาครัฐ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะสิทธิประโยชน์ที่ไม่ครอบคลุมหรือไม่เท่าเทียมกันเมื่อเปรียบเทียบสวัสดิการรักษายาบาลอื่นๆ ที่จัดโดยภาครัฐ ทำให้ผู้ที่มีสิทธิได้รับสวัสดิการบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าเลือกที่จะไม่ใช้สิทธินั้นและยินยอมแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษายาบาลเพื่อที่จะได้รับบริการที่ดีกว่า ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายการ

ให้บริการทางสาธารณสุขที่มีคุณภาพ ตลอดจนความสะดวก รวดเร็ว ทางด้านการให้บริการได้มาตรฐาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยควรได้รับการปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างเท่าเทียมและสามารถเข้าถึง ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ได้โดยง่าย

ผลการวิจัยเป็นที่ประจักษ์แล้วว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีแนวโน้มที่จะใช้สวัสดิการรักษายาบาลมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว ทั้งนี้ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง อาทิ ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือด โรคกระเพาะอาหารและลำไส้อักเสบ มีความสัมพันธ์กับการเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูงมาก สืบเนื่องมาจากสามารถใช้สิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพได้ (สุปราณี เขยชม, 2548) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรดำเนินนโยบายเพื่อให้ประชากรสามารถเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่ดีและครอบคลุม เพื่อให้ประชากรมีสุขภาพที่ดี มีความสามารถในการพัฒนาประเทศให้ก้าวหน้าอย่างมั่นคงและมีคุณภาพ นอกจากนี้แล้วควรมีการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจด้านการป้องกันโรคเรื้อรัง อาทิ วิธีการปฏิบัติตนเองของประชากรให้ห่างไกลจากโรคเรื้อรัง เป็นต้น

6.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ผู้ที่สนใจวิจัยเกี่ยวกับสวัสดิการรักษายาบาลหรือในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุขหรือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชากร ควรพิจารณาข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ดังนี้

การวิจัยครั้งนี้เน้นศึกษาการใช้สวัสดิการรักษายาบาล ตลอดจนศึกษาปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดการใช้สวัสดิการรักษายาบาลของวัยแรงงานไทย โดยศึกษาเพียงการใช้หรือไม่ใช้สวัสดิการที่ตนเองมีสิทธิ์อยู่ ทั้งนี้ผู้สนใจสามารถศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้หรือไม่ใช้สวัสดิการรักษายาบาลกับสถานที่รักษายาบาลที่สามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่ สถานพยาบาลเอกชนและสถานพยาบาลของรัฐบาล เพื่อให้

ครอบคลุมถึงสวัสดิการของภาครัฐบาลและสวัสดิการที่ดำเนินการโดยเอกชน นอกจากนี้แล้วควรมีการวิเคราะห์ปัจจัยอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น การไม่ใช้สวัสดิการที่มี ความพึงพอใจในการรับบริการด้านสุขภาพ รายได้ อาชีพของประชากร ตลอดจนสถานะสุขภาพของประชากร และโรคประจำตัวเป็นรายโรค เป็นต้น

รายการอ้างอิง

- เกื้อ วงศ์บุญสิน. (2547). **ประชากรศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์**. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน. (2558).
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 11.
http://www.nesdb.go.th/download/article/article_20160323112431.pdf (สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2558).
- ชินฤทัย กาญจนะจิตราและคณะ. (2553). **สุขภาพคนไทย 2553: วิกฤต
ทุนนิยม สังคมมีโอกาสนครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและ
สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล**.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติกิจ และคณะ. (2542). **พฤติกรรมสุขภาพ:
ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง**. นครปฐม: สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญคง หันจางสิทธิ์. (2556). **เศรษฐศาสตร์ทรัพยากรมนุษย์: ประชากร
แรงงาน การศึกษา ฝึกอบรม ศาสนธรรมจริยธรรม สุขภาพ
อนามัย สิ่งแวดล้อม**. กรุงเทพฯ:
โอ.เอส.พรินติ้งเฮาส์.

ประกันสังคม, สำนักงาน. (2555). สถานการณ์สถิติการประสบอันตราย

หรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี 2550-2554. กรุงเทพฯ:

ฝ่ายกำหนดอัตราเงินสมทบสำนักงานกองทุนเงินทดแทน

สำนักงานประกันสังคม.

ลักขณา เต็มศิริชัย. (2541). **สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ.**

กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

วนิดา วาตีเจริญ, อธิวัฒน์ กาญจนวณิชกุล และสมบัติ ทิฆมทรัพย์.

(2556). **การจัดการทรัพยากรมนุษย์ จากแนวคิดทฤษฎีสู่**

ภาคปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2546). **คู่มือผู้ถือบัตรทอง.** กรุงเทพฯ: กระทรวง

สาธารณสุข.

สุปราณี เขยชม. (2548). **การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ:**

กรณีศึกษาโครงการกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญา

มหาบัณฑิต สถาบันวิจัยประชากรและสังคม

มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2543). **รายงานการเจ็บป่วยและสวัสดิการค่า**

รักษาพยาบาล การสำรวจข้อมูลทางสังคม พ.ศ. 2542.

กรุงเทพฯ: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2555). **สำมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ.**

2553 ทัวราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2556). **สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะ**

เศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ:

สำนักงานสถิติพยากรณ์.

สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. (2557). **รายงานสำรวจอนามัยและสวัสดิการ**

พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์.

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, สำนักงาน. (2559). **เรื่องควรรู้..หลักประกัน**

สุขภาพ [ออนไลน์] . เข้าถึงได้จาก

<http://ebook.dreamnolimit.com/nhso/004/>.

(สืบค้นเมื่อ 12 มีนาคม 2559).

Andersen, R. and J. F. Newman. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United State. **Milbank Memorial found Quarterly** 51(1): 95-124.

Kleinman, A. (1980). **Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between, anthropology, medicine, and psychiatry.** Berkeley: University of California Press.

Marcia Stanhope and Jeanette Lancaster. (2016). **Public health nursing: population-centered health care in the community.** St. Louis, Missouri: Elsevier.

Sibson, Robert E. (1976). **Increasing employee productivity.** New York: Amacom.

Young, J. C. (1981). Non-use of physicians: Methodological approaches, policy implications and the the utility of decision models. **Social Science & Medicine** 15(4): 499-507.