



รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ ทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า:
สถานการณ์และปัญหาทางด้านสาธารณสุข

โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลีวา ผาดไธสง-ชัยพานิช

เมษายน 2554

สัญญาเลขที่ RDG5210041

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการ ทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า:
สถานการณ์และปัญหาทางด้านสาธารณสุข

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ลีวา ผาดไธสง-ชัยพานิช
ภาควิชาภูมิศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชุดโครงการ

สถานะและปัญหาของทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.)

(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

EXECUTIVE SUMMARY

การย้ายถิ่นของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าเข้าสู่ประเทศไทยกว่าสองทศวรรษที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยในหลายๆ ด้าน ผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้บ้างมีผู้ติดตามที่เป็นเด็กเล็กหรือสามีบุตรในประเทศไทย จึงเป็นเรื่องน่าสนใจที่จะศึกษาว่าทாயาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าเหล่านี้มีสถานะและปัญหาอะไรบ้างในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมไทย โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งที่จะศึกษาถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทாயาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าเหล่านี้ และวิเคราะห์ปัญหาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข โดยได้ทำการศึกษาใน 4 จังหวัดที่มีผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าเข้ามาอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ตาก สมุทรสาคร และระนอง โดยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งสิ้น 80 คน และได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชนอีก 30 คนจาก 24 หน่วยงาน

ผลการศึกษาพบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เคยมีปัญหาสุขภาพใดๆ เลย ส่วนปัญหาสุขภาพที่พบมากที่สุดเป็นอาการของโรคทั่วไป เช่น เป็นหวัด เจ็บคอ ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ซึ่งไม่ถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ มีเพียงส่วนน้อยที่พบว่าเคยป่วยด้วยโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออกหรือมาเลเรีย อย่างไรก็ตาม ประเด็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของกลุ่มตัวอย่างเป็นเรื่องของการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การฝากครรภ์ การคลอด การทำแท้ง การให้วัคซีนพื้นฐานในเด็กเล็ก และโดยเฉพาะการเกิดที่มีเป็นจำนวนมากนั้นถือเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งที่รัฐควรต้องวางแผนรับมือในระยะยาวเพราะจะส่งผลกระทบต่อต่อเนื่องและยาวนานต่อโครงสร้างประชากร รวมถึงโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจและการเมืองของประเทศไทย ซึ่งอัตราการเพิ่มตามธรรมชาติที่สูงนี้เมื่อพิจารณาพร้อมกับจำนวนการย้ายเข้าของแรงงานจากประเทศพม่าที่ยังคงมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้อัตราการเติบโตของประชากรกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว

สำหรับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทாயาทรุ่นที่ 2 ที่เกิดหรือเติบโตในประเทศไทยส่วนใหญ่สามารถสื่อสารภาษาไทยพื้นฐานได้ดี ทำให้เป็นข้อได้เปรียบในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและเข้ารับบริการทางสุขภาพ ทั้งการซื้อยารับประทานเอง จากสถานอนามัย คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล โดยพฤติกรรมการเลือกใช้บริการดังกล่าวสัมพันธ์กับสิทธิทางสุขภาพ สถานภาพทางกฎหมาย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ ความสะดวกในการเข้าถึงบริการต่างๆ รวมถึงระยะเวลาของการรับบริการ และคุณภาพของการบริการ ทั้งนี้ในทุกพื้นที่ศึกษาจะเห็นได้ชัดถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติที่มีต่อการ

ส่งเสริมและให้ความรู้ทางสุขภาพในชุมชน การให้คำปรึกษา การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่าง ๆ และรวมถึงการเป็นล่าม

ปัญหาที่พบจากการศึกษานี้ได้แก่ ข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าว หรือข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นอื่นๆ ที่จะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปใช้วางแผนรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ปัญหาความขัดแย้งหรือไม่ชัดเจนของนโยบายในหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าว รวมถึงการขาดนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องสิทธิการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทั้งของแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน ไม่ขึ้นทะเบียน และผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งผลของความไม่ชัดเจนดังกล่าวส่งผลให้รัฐต้องแบกรับภาระต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายที่ต้องสงเคราะห์ให้แก่แรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนและไม่สามารถชำระเงินได้ที่มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ ทุกปี ปัญหาภาระที่หนักหน่วงของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนหรือพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก รวมถึงการขาดแคลนบุคลากร การขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ต่างๆ ปัญหาการติดต่อสื่อสาร และการจัดสรรงบประมาณลงพื้นที่โดยไม่ได้พิจารณาถึงประชากรแฝงที่เป็นต่างด้าวที่มีอยู่จริงเป็นจำนวนมาก ซึ่งหากทางภาครัฐละเลยในเรื่องการส่งเสริมป้องกันและรักษาโรคในคนกลุ่มดังกล่าวแล้ว โรคติดต่อหรือโรคระบาดต่างๆ ก็สามารถส่งผลกระทบต่อประชากรทุกกลุ่มในสังคมไทยได้ในที่สุด

ดังนั้น นอกจากจะมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพของประชากรต่างด้าว ทั้งกลุ่มแรงงานที่ขึ้นทะเบียน ไม่ขึ้นทะเบียน และผู้ติดตามแล้ว รัฐควรมีความชัดเจนในเรื่องนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวที่สอดคล้องและสัมพันธ์กันในทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สำหรับในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทางสาธารณสุข ควรมีการพิจารณาแยกแยะให้ถูกต้องและเหมาะสมระหว่างการให้บริการทางสุขภาพตามสิทธิมนุษยชนหรือสิทธิของความเป็นพลเมือง การคำนึงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการให้บริการเชิงรุกในการส่งเสริมและป้องกันโรคซึ่งน่าจะเป็นวิธีการที่ดีกว่าและเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมในระยะยาวที่ต่ำกว่าการให้บริการในเชิงรับหรือการรักษาโรคแต่เพียงอย่างเดียว การหาแหล่งงบประมาณที่จะนำมาใช้ในการจัดการและให้บริการทางสุขภาพแก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม และที่สำคัญที่สุด กระทรวงสาธารณสุขควรเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทหน้าที่หลักในการดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยร่วมมือและประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรเอกชนที่จะเข้ามาเป็นตัวเสริม ร่วมกับคนในชุมชนในการส่งเสริม เฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาสุขภาพ

บทคัดย่อ

กระบวนการของการย้ายถิ่นของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าเข้าสู่ประเทศไทยที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องกว่าสองทศวรรษได้ก่อให้เกิดผลกระทบที่ตามมามากมายต่อสังคมไทย และผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่งก็คือผลกระทบทางด้านสาธารณสุข การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าเหล่านี้ ที่ได้ย้ายตามพ่อและ/หรือแม่เข้าสู่ประเทศไทยตั้งแต่เด็กหรือเกิดและเติบโตในประเทศไทย นอกจากนี้การศึกษานี้ยังต้องการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข รวมไปถึงปัญหาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของประชากรกลุ่มดังกล่าว โดยได้ทำการศึกษาใน 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ตาก สมุทรสาคร และระนอง โดยได้ทำการสัมภาษณ์กลุ่มประชากรที่เป็นทายาทรุ่นที่ 2 จำนวนทั้งหมด 80 คน และได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชนอีก 30 คนจาก 24 หน่วยงาน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป เช่น ปวดหัว ปวดท้องหรือเป็นไข้ และมักเลือกที่จะซื้อยามารับประทานเอง หากไม่หายจึงไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัย คลินิก หรือโรงพยาบาล โดยมีปัจจัยในการเลือกใช้บริการที่หลากหลายและแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ โดยในทุกพื้นที่ศึกษาจะเห็นได้ชัดถึงบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติที่มีต่อการเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องการส่งเสริมและให้ความรู้ทางสุขภาพในชุมชน การให้คำปรึกษา การประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ และการเป็นล่าม นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีการเข้ารับบริการทางด้านสาธารณสุขที่สัมพันธ์กับด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นจำนวนมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ จึงมีการใช้บริการทางด้านการฝากครรภ์ การคลอด และการรับบริการวัคซีนพื้นฐานสำหรับเด็กเล็ก อย่างไรก็ตาม แม้จะไม่พบโรคติดต่อร้ายแรงในกลุ่มประชากรตัวอย่างแต่ก็มิได้หมายความว่าประชากรกลุ่มนี้ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงต่อโรคต่างๆ เหล่านั้น เพราะในความเป็นจริงแล้ว กลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 นั้นมีการอยู่ร่วมกันในชุมชนหรือทำงานร่วมกันกับแรงงานต่างด้าวกลุ่มอื่นๆ (โดยเฉพาะรุ่นที่ 1 ที่เพิ่งย้ายถิ่นเข้ามาในประเทศไทย) และบางครั้งรวมถึงแรงงานไทย ดังนั้น จึงมีความเสี่ยงสูงต่อการติดโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่พบมากในแรงงานต่างด้าวทั่วไป ทั้งในแง่ของการเป็นผู้รับเชื้อและเป็นพาหะของเชื้อในการติดต่อสู่คนอื่นๆ ต่อไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่าปัญหาโรคและสุขภาพจึงไม่ได้เป็นปัญหา

ของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะ เพราะเมื่อมีการระบาดขึ้นแล้วมันย่อมส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้ ปัญหาในเรื่องของสถานภาพและสิทธิต่างๆ ของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ได้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนทางด้านสุขภาพที่รัฐไทยไม่สามารถมองข้ามได้อีกต่อไป ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องระบบฐานข้อมูลของประชากรต่างตัวซึ่งรวมถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพอันมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการนำไปใช้วางแผนรับมือกับสถานการณ์ทางสุขภาพและสามารถนำไปเชื่อมโยงกับหน่วยงานต่างๆ ได้ต่อไป หรือความจำเป็นในการแยกแยะที่ชัดเจนและเหมาะสมระหว่างการให้บริการทางสุขภาพตามสิทธิมนุษยชนหรือสิทธิของความเป็นพลเมือง

ผลการศึกษาในเรื่องปัญหาและข้อจำกัดในการให้บริการทางสุขภาพของหน่วยงานของรัฐพบว่าโรงพยาบาลของรัฐที่อยู่ชายแดนหรือในพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวเป็นจำนวนมากต้องแบกรับภาระต่างๆ มากมาย ไม่ว่าจะเป็นเรื่องค่าใช้จ่ายที่เพิ่มสูงขึ้น การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ปัญหาในเรื่องการติดต่อสื่อสาร และการจัดสรรงบประมาณที่ไม่ได้คำนึงและครอบคลุมถึงประชากรที่เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีอยู่ตามจริง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ได้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่รัฐจะต้องหันมาสนใจจัดการต่อปัญหาแรงงานต่างด้าวอย่างจริงจัง และวางนโยบายและมาตรการต่างๆ ที่ชัดเจนเหมาะสมและสอดคล้องกันในหน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

ABSTRACT

The continuing migration process of migrants from Burma to Thailand over the two decades has given many implications to the Thai society, and one of these implications is the impact on public health. This study aims to investigate the health situation of the second generation of migrants from Burma who migrated to Thailand with their fathers and/or mothers, or were born in Thailand. Moreover, this study aims to analyse the accessibility to public health services, including problems and limitations in the access to public health services of these population group. Areas in the 4 provinces had been selected. These provinces are Chiang Mai, Tak, Samutsakorn and Ranong. Interviews with the second generation group of 80 people and in-depth interviews with 30 staffs from 24 involved government and non-government organizations were done.

It was found that most of the second generation had some common illnesses such as headache, stomachache and fever, and would prefer to buy medicine by themselves. If the symptoms persisted, they would go to the health stations, clinics, or hospitals. Factors affecting the decisions of where to go for treatment are diverse and varied between each area. In every studied area, it was found that foreign migrant public health volunteers and foreign migrant public health staffs play an important roles in the accessibility of the second generation group, including in community health support and knowledge, consultation, and co-operation with staffs from organizations as well as translation. Moreover, this study found that public health access in child and maternity health were mostly found among the second generation group. Because this group is in their reproductive years which involving pregnancy check-up, birth deliveries, and basic vaccine treatments for small children. However, the unfound severe infectious diseases in the sampling population do not mean that these people are not at any risk. In reality, this second generation group live and work in the same community as other foreign migrants (particularly the first generation who have just migrated into the country), and sometimes including the Thai labourers. This means that they are at a higher risk in getting the

infection as well as being the infectious carriers to other people. Therefore, it can be seen that health and disease problems are not a problem of any one particular group. If it had spread, it would, unavoidably, have affected the whole society.

In addition, problems found in statuses and rights of this second generation group reflect problems related to health care planning that the Thai state can no longer ignore. These include: foreign population information database system – including health information which is very important and useful for planning in dealing with health situation, and can be linked with other sectors. Or the need to clearly and appropriately differentiate health services between human and citizen rights.

Study results in problems and limitations in government organization health services show that the government hospitals in border areas or areas with a high number of foreign migrants have several heavy burdens. These include the increasing expenditure, lack of staffs, medicine and medical supplies, problems in communication as well as budget management that does not consider and cover the real number of foreign migrant population. All of these problems indicate the urgent need for the state to seriously consider the foreign migrant problems, and should have policies and regulations that are clear, appropriate, and harmonious for every sector involved.

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยที่ให้การสนับสนุนโครงการวิจัยเรื่อง “ทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า: สถานการณ์และปัญหาทางด้านสาธารณสุข” ซึ่งอยู่ในชุดโครงการ “สถานะและปัญหาของทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า” และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.ศิริพร วัชชวัลคุ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้า รศ.ดร.โกสุมภ์ สายจันทร์ ผู้ประสานงานชุดโครงการ คณาจารย์และนักวิจัยที่ได้ร่วมวิจัยในชุดโครงการ นางสาวสุดาจันทร์ แสนประเสริฐ ผู้ช่วยนักวิจัยของโครงการและพนักงานเก็บข้อมูลสนามทุกท่าน รวมไปถึงการสนับสนุนจากภาควิชาภูมิศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

งานวิจัยครั้งนี้คงจะสำเร็จลงไม่ได้ถ้าไม่ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากทุกๆ ฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นจากบุคลากรจากหน่วยงานในภาครัฐและเอกชนที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นและช่วยประสานงานในพื้นที่ สำหรับที่จังหวัดเชียงใหม่ ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลแม่สาย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สาย สถานีอนามัยบ้านแม่เมืองน้อย โครงการชิลด์ (SHIELD) มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (เชียงใหม่) ที่จังหวัดตาก ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก โรงพยาบาลแม่สอด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (แม่สอด) และมูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (แม่สอด) และแม่ตาวคลินิก ที่จังหวัดสมุทรสาคร ผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โดยเฉพาะศูนย์พัฒนาระบบสุขภาพแรงงานต่างด้าว โรงพยาบาลสมุทรสาคร สถานีอนามัยบ้านกำพร้าว มูลนิธิรักษ์ไทย สมุทรสาคร มูลนิธิเครือข่ายสนับสนุนคุณภาพชีวิตแรงงาน จังหวัดสมุทรสาคร ที่จังหวัดระนอง ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง โรงพยาบาลระนอง มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (ระนอง) และคณะกรรมการคาทอลิกเพื่อผู้อพยพย้ายถิ่น จังหวัดระนอง รวมไปถึงพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ อาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มประชากรตัวอย่างในพื้นที่ศึกษาทุกท่าน

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณชายไทย รักษาชาติ จากมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย และผู้ทรงคุณวุฒิอีกหลาย ๆ ท่านที่ได้ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ตลอดระยะเวลาการทำวิจัยครั้งนี้ รวมถึงกำลังใจจากครอบครัวที่เป็นส่วนสำคัญยิ่งที่ทำให้งานวิจัยชิ้นนี้เสร็จสิ้นลงด้วยดี

คำนำ

โครงการวิจัยเรื่อง “ทนายทຽນที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า: สถานการณ์และปัญหาทางด้านสาธารณสุข” นี้ ได้รับทุนอุดหนุนจากฝ่ายนโยบายชาติและความสัมพันธ์ข้ามชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของทนายทຽນที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า และวิเคราะห์ถึงปัญหาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขดังกล่าว ซึ่งเป็นการนำเสนอความรู้ความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของกลุ่มทนายทຽນที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากและมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้นอกจากเพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจอันดีต่อการอยู่ร่วมกันในสังคมที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมแล้ว ยังมุ่งที่จะพัฒนาหาแนวทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อประโยชน์ต่อการพัฒนาสังคมไทยอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

สารบัญเรื่อง

เนื้อหา	หน้า
EXECUTIVE SUMMARY	i
บทคัดย่อ	iii
ABSTRACT	v
กิตติกรรมประกาศ	vii
คำนำ	viii
สารบัญเรื่อง	ix
สารบัญตาราง	xii
สารบัญรูป	xiv
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
1.3 นิยามศัพท์	4
1.4 ทบทวนวรรณกรรม	4
1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
1.6 ระเบียบวิธีวิจัย	10
1.7 วิธีดำเนินการวิจัย	11
1.8 แผนการดำเนินงาน	13
บทที่ 2 พื้นที่ศึกษา	14
2.1 จังหวัดเชียงใหม่	14
2.1.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดเชียงใหม่	14
2.1.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดเชียงใหม่	16
2.2 จังหวัดตาก	19
2.2.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดตาก	19
2.2.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดตาก	22
2.3 จังหวัดสมุทรสาคร	25
2.3.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดสมุทรสาคร	25
2.3.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดสมุทรสาคร	27
2.4 จังหวัดระนอง	29
2.4.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดระนอง	29
2.4.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดระนอง	31

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
บทที่ 3 ลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มประชากรตัวอย่าง	34
3.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชากรตัวอย่าง	34
3.1.1 เพศและกลุ่มอายุ	34
3.1.2 สถานที่เกิด	36
3.1.3 สถานภาพการสมรส การจดทะเบียนสมรส และการมีบุตร	38
3.2 ลักษณะทางสังคมของกลุ่มประชากรตัวอย่าง	39
3.2.1 สถานภาพทางกฎหมาย	39
3.2.2 การศึกษา	41
3.2.3 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย	42
3.2.4 สิ่งแวดล้อมที่พำนักอาศัยและสภาพความเป็นอยู่	42
3.3 ลักษณะทางเศรษฐกิจของกลุ่มประชากรตัวอย่าง	49
3.3.1 ลักษณะการประกอบอาชีพและสภาพแวดล้อมที่ทำงาน	49
3.3.2 การขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง	55
3.3.3 รายได้	56
บทที่ 4 สถานการณ์ทางด้านสุขภาพ	59
4.1 ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า ในภาพรวม	59
4.1.1 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่	59
4.1.2 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดตาก	61
4.1.3 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดสมุทรสาคร	64
4.1.4 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดระนอง	66
4.2 ปัญหาสุขภาพของทนายท่รุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า	69
4.2.1 ปัญหาสุขภาพของทนายท่รุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจาก ประเทศพม่าในภาพรวม	70
4.2.2 ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่าง	74
บทที่ 5 การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของทนายท่รุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่น จากประเทศพม่า	79
บทที่ 6 ปัจจัยส่งเสริม ปัญหาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข	94
6.1 สถานภาพและสิทธิการรักษาพยาบาล	94
6.2 รายได้	100

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

เนื้อหา	หน้า
6.3 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยและความสามารถ ในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ	102
6.4 บทบาทขององค์กรต่างๆ	109
บทที่ 7 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	114
7.1 อภิปรายผล	114
7.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	117
บรรณานุกรม	121
ภาคผนวก 1 แบบนำสัมภาษณ์และแบบสอบถาม	127
ภาคผนวก 2 รายชื่อหน่วยงานในพื้นที่ศึกษาที่ทางโครงการฯ ได้ทำการสัมภาษณ์	140
ภาคผนวก 3 มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพ และประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว	142

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
2.1 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2553	17
2.2 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดตาก ปี 2553	22
2.3 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553	27
2.4 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดระนอง ปี 2553	31
3.1 จำนวนกลุ่มประชากรตัวอย่าง แยกตามเพศและพื้นที่ศึกษา	34
3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรทั้งหมด แยกตามเพศและกลุ่มอายุ	35
3.3 สถานที่เกิดของกลุ่มประชากรตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา	36
3.4 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอแม่อายุ จังหวัดเชียงใหม่	37
3.5 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง	37
3.6 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	38
3.7 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร	38
3.8 ประเภทของบัตรหรือเอกสารแสดงตนของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษา	41
3.9 การขึ้นทะเบียนกับนายจ้างของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา	56
3.10 การขึ้นทะเบียนกับนายจ้างของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามอาชีพ	57
3.11 รายได้เฉลี่ยต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา	58
4.1 โรคเฝ้าระวังที่สำคัญในกลุ่มชาวพม่าในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างปี 2547 - 2551	63
4.2 สาเหตุการเจ็บป่วยในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ห้าอันดับแรกระหว่างปี 2550 - 2552	65
4.3 สาเหตุการเจ็บป่วยในผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร ห้าอันดับแรกระหว่างปี 2550 - 2552	65
4.4 จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการของแรงงานต่างด้าว	67
4.5 การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอดส์เฉพาะพื้นที่ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว	68
4.6 ปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา	76
6.1 สิทธิที่ใช้ในการรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา	96
6.2 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยในระหว่างปี 2549 - 2551 ของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร	98
6.3 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2549 - 2551 ของโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร	98

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
6.4 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยในระหว่างปี 2550 - 2552 ของโรงพยาบาลระนอง	99
6.5 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2550 - 2552 ของโรงพยาบาลระนอง	99
6.6 ความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญของกลุ่มตัวอย่าง	108
6.7 ความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญของกลุ่มตัวอย่างแยกตามพื้นที่ศึกษา	109
6.8 จังหวัดและองค์กรที่ดำเนินการภายใต้โครงการฟ้ามิตร	111

สารบัญรูป

รูป	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย	10
1.2 พื้นที่ศึกษา	12
2.1 พื้นที่ศึกษา อำเภอแม่เอย จังหวัดเชียงใหม่	15
2.2 พื้นที่ศึกษา อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	21
2.3 พื้นที่ศึกษา อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร	26
2.4 พื้นที่ศึกษา อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง	30
3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรแยกตามเพศและกลุ่มอายุในพื้นที่ศึกษา	35
3.2 ลักษณะที่พิกอาศัยของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่เอย	44
3.3 ลักษณะที่พิกอาศัยแบบกึ่งถาวรสร้างจากไม้และไม้ไผ่ในอำเภอแม่สอด	45
3.4 เด็กผู้ชายซึ่งเป็นภาพที่เห็นอยู่ทั่วไปในอำเภอแม่สอด	46
3.5 ลักษณะที่พิกอาศัยของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร	47
3.6 การทิ้งขยะจากที่พิกอาศัยลงในแม่น้ำที่สมุทรสาคร	48
3.7 ลักษณะที่พิกอาศัยของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองระนอง	50
3.8 ถังขยะสาธารณะในชุมชนที่มีต่างตัวอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองระนอง	51
3.9 อาชีพรับจ้างทั่วไปในภาคการเกษตรที่อำเภอแม่เอย	52
3.10 งานในภาคประมงต่อเนื่องที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร	54
4.1 โรคที่พบในแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนที่เข้ารับการรักษาสุขภาพ ในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552	60
4.2 จำนวนผู้ป่วยสตรีแท้งชาวพม่าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างปี 2547 - 2552	62
4.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงชาวพม่าระหว่างปี 2543 - 2552	63
4.4 สถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุในแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างปี 2550 - 2552	67
4.5 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคสัญชาติพม่าระหว่างปี 2545 - 2551	69
5.1 สถานอนามัยในพื้นที่ศึกษา อำเภอแม่เอย จังหวัดเชียงใหม่	80
5.2 แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่เอย จังหวัดเชียงใหม่	81
5.3 แผงขายยาในตลาดนัดในพื้นที่ศึกษา	81
5.4 แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร	82

สารบัญรูป (ต่อ)

รูป	หน้า	
5.5	แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	83
5.6	แมตทาวคลินิก อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	84
5.7	แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง	85
6.1	วิธีการเลือกรักษาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย แยกตามระดับรายได้	101
6.2	เอกสารเผยแพร่ภาษาต่างด้าวในการให้ความรู้ทางสุขภาพของมูลนิธิศุภนิมิต แห่งประเทศไทย	103
6.3	สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กต่างด้าว	104
6.4	หนังสือรับรองการเกิดของเด็กต่างด้าว	105
6.5	ศูนย์คู่มือสำหรับแรงงานต่างด้าวที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร	106
6.6	เอกสารเผยแพร่ข้อมูลโรคเฝ้าระวังสำคัญต่างๆ ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาครที่จัดทำเป็นสองภาษา	106
6.7	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (ศูนย์ประสานงานโครงการพิเศษระนอง)	107
6.8	กิจกรรมบริการภายใต้โครงการฟ้ามิตร	112
6.9	กิจกรรมการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในชุมชนโครงการฟ้ามิตร	112

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยประสบกับปัญหาการอพยพเข้ามาอย่างผิดกฎหมายของแรงงานต่างด้าวหรือผู้ย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะจากประเทศพม่ามาเป็นเวลานานหลายสิบปี โดยเฉพาะหลังจากการกวาดล้างครั้งใหญ่ของคณะกรรมการภายใต้ชื่อ 'สภาฟื้นฟูระเบียบและกฎหมายแห่งรัฐ (สลอร์ค)' ที่เข้ามายึดอำนาจการปกครองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา แม้จะเป็นเวลากว่าสองทศวรรษ แต่จะเห็นได้ว่าผู้ย้ายถิ่นดังกล่าวได้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง และการย้ายถิ่นของประชากรกลุ่มนี้ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความมั่นคงของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

จากการประมาณการในปี พ.ศ. 2540 ของกฤตยา อาชวนิจกุลและฟิลิป เกสท์ (2543) พบว่ามีแรงงานต่างด้าวลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทย 970,903 คน และในจำนวนนี้เป็นแรงงานจากพม่าไม่ต่ำกว่า 775,000 คน (กฤตยา อาชวนิจกุลและฟิลิป เกสท์ (2543) อังใน สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2544)) จากข้อมูลการคาดการณ์ของเพิ่มศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด (2547) พบว่าในปีงบประมาณ 2545 มีแรงงานต่างด้าวทั้งที่ขึ้นทะเบียนอนุญาตทำงานและไม่ได้ขึ้นทะเบียนทั้งสิ้น 1,222,143 คน ซึ่งมากกว่าปี 2544 ถึงร้อยละ 67 โดยจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวมากที่สุดคือตาก และแม่ฮ่องสอน ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวในเดือนพฤศจิกายน 2551 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายและได้ขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวรวมทั้งสิ้นจำนวน 560,990 คน มีแรงงานชาวพม่ามากที่สุดเป็นจำนวนถึง 484,781 คน ซึ่งในจำนวนนี้ยังไม่รวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนที่ไม่สามารถประเมินได้อีกเป็นจำนวนมาก

ผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่งอันเกิดจากการเพิ่มขึ้นของผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้คือผลกระทบทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข โดยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ย้ายถิ่นกับประเด็นทางด้านสุขภาพที่เห็นเด่นชัดมีอยู่ 2 ประการ (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2546) ประการแรก หากผู้ย้ายถิ่นมีเป็นจำนวนมาก ระบบสุขภาพในประเทศปลายทางต้องเผชิญกับความเสี่ยงที่เกิดจากการแพร่กระจายโรคที่ผู้ย้ายถิ่นอาจนำติดตัวมา ประการที่สอง ผู้ย้ายถิ่นเองต้องประสบปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศปลายทาง ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นในประเทศไทยได้แก่ การที่ผู้ย้ายถิ่นบางส่วนนำโรคติดต่อบางโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในพม่า เช่น มาลาเรีย ไข้ซัง และกาฬโรค มาแพร่ในประเทศไทย นอกจากนี้ การศึกษาเรื่อง “ผลกระทบจากภาวะการเกิด การเจ็บป่วย และการตายของแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายสาธารณสุข” ของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2540) ยังพบว่า การระบาดของโรคติดต่อในกลุ่มแรงงานต่างชาตินั้นเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญในประชากรกลุ่มนี้ โดยกลุ่มโรคติดต่อที่พบบ่อยในกลุ่มแรงงานต่างชาตินี้ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคปรสิต และโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนสาเหตุการตายที่สำคัญได้แก่ โรคมาลาเรีย อุบัติเหตุ ปอดบวมและการติดเชื้อในกระแสโลหิต

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดให้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตทำงานเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ในอัตราค่าใช้จ่ายคนละ 1,900 บาท มีระยะเวลาคุ้มครองหนึ่งปี ได้รับสิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย โดยแรงงานต่างด้าวต้องร่วมจ่ายในการรับบริการครั้งละ 30 บาท ข้อดีของการมีระบบประกันสุขภาพคือ ทำให้มีการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ และลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน และเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่ง (เพิ่มศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด, 2547) และยังช่วยให้รัฐสามารถจัดการด้านงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2551)

อย่างไรก็ตาม แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและไม่มียบัตรประกันสุขภาพที่มีเป็นจำนวนมากในประเทศไทย ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการให้บริการทางสุขภาพไปเป็นจำนวนไม่น้อย ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการให้การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคใน

ปีงบประมาณ 2545 ของเพิ่มศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด (2547) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวประเภทมีบัตรประกันสุขภาพเป็นเงิน 118,896,940 บาท ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวประเภทไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี) เป็นเงิน 115,001,116 บาท และประเภทไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (แรงงานจ่ายเอง) เป็นเงิน 56,682,264 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 290,580,320 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวประเภทมีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพมีจำนวนเท่าๆ กัน คืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 ในแต่ละประเภทของค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวทั้งหมด

จากการทบทวนงานวิจัยในประเด็นเรื่องผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าในประเทศไทยพบว่าการศึกษาในเรื่องผู้ย้ายถิ่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่ผ่านมา ได้เน้นศึกษาถึงสภาวะทางสุขภาพ โรค และการเจ็บป่วย รวมถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานที่ย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อทำงานทำ และแม้ว่ากระบวนการเคลื่อนย้ายดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมายาวนานกว่า 20 ปีแล้วก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดที่สนใจศึกษาสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของกลุ่มทนายทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เกิดหรือเติบโตในประเทศไทยอย่างจริงจัง ทั้งๆ ที่มีการยืนยันจากการศึกษาต่างๆ ว่ามีเป็นจำนวนมากไม่น้อย เช่น การศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ (2540) ที่พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 มีเด็กเกิดจากคนต่างชาติประมาณ 6,200 คน ใน 17 จังหวัด หรือการศึกษาของเพิ่มศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด (2547) ที่พบว่าในปี พ.ศ. 2545 มีเด็กต่างด้าวที่อายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน (วัณโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก หัด โปลิโอ) รวมทั้งสิ้นประมาณ 25,000 ราย โดยร้อยละ 67 ของจำนวนดังกล่าวอยู่ในเขตภาคเหนือ ดังนั้นการศึกษาดังนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาสถานการณ์และปัญหาทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขของกลุ่มประชากรที่เป็นทนายทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เกิดหรือเติบโตในประเทศไทย ผลการศึกษาที่ได้จะทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพและสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับทนายทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่มีอยู่เป็นจำนวนมากในประเทศไทย และเป็นการขยายองค์ความรู้ใหม่ออกสู่สังคม รวมถึงเป็นการสร้างความรู้ความเข้าใจ

อันดีต่อสังคมต่างวัฒนธรรม และร่วมเสนอแนะแนวทางและการดำเนินนโยบายที่เหมาะสมที่จะเป็นประโยชน์ต่อแรงงานข้ามชาติและการพัฒนาประเทศต่อไปในอนาคต

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของทนายทรรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า
2. เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและปัจจัยที่เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของทนายทรรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า
3. เพื่อพัฒนาหาแนวทางและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่เหมาะสมแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1.3 นิยามศัพท์

ทนายทรรุ่นที่สอง คือ บุคคลที่มีพ่อและ/หรือแม่เป็นผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เกิดในประเทศไทยหรือย้ายตามพ่อและ/หรือแม่มาตั้งแต่เด็กและเติบโตในประเทศไทย

1.4 ทบทวนวรรณกรรม

ประเทศไทยประสบกับปัญหาการอพยพเข้ามาอย่างผิดกฎหมายของแรงงานต่างด้าวหรือผู้ย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะจากประเทศพม่ามาเป็นเวลานานหลายสิบปี โดยเฉพาะหลังจากการกวาดล้างครั้งใหญ่ของคณะทหารภายใต้ชื่อ ‘สภาฟื้นฟูระเบียบและกฎหมายแห่งรัฐ (สลอร์ค)’ ที่เข้ามายึดอำนาจการปกครองตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531 เป็นต้นมา แม้จะเป็นเวลากว่าสองทศวรรษ แต่จะเห็นได้ว่าผู้ย้ายถิ่นดังกล่าวได้เพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง และการย้ายถิ่นของประชากรกลุ่มนี้ได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และความมั่นคงของประเทศไทยอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

แม้ปัญหาความมั่นคงและการเมืองภายในประเทศพม่าจะเป็นสาเหตุหลักของการอพยพออกของผู้ย้ายถิ่นดังกล่าวมายังประเทศไทย แต่คงปฏิเสธไม่ได้ว่าประเทศไทยเองก็มีปัจจัยที่ดึงดูดให้ผู้ย้ายถิ่น

เหล่านี้คือพหุคูณเคลื่อนย้ายเข้ามาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็นการเติบโตและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยอันนำไปสู่การลดลงของอัตราการเข้าสู่วัยแรงงาน ความต้องการแรงงานไร้ทักษะและแรงงานราคาถูก นอกจากนี้ความเหลื่อมล้ำทางสภาพสังคมและเศรษฐกิจอื่น ๆ ระหว่างไทยและพม่าไม่ว่าจะเป็นสภาพชีวิตความเป็นอยู่หรืออัตราค่าจ้างแรงงานต่างถือ เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การลักลอบเข้ามาหางานทำและอยู่อาศัยในประเทศไทย

จากการประมาณการในปี พ.ศ. 2540 ของกฤตยา อาชวนิจกุลและฟิลิป เกสท์ (2543) พบว่ามี แรงงานต่างด้าวลักลอบเข้ามาทำงานในประเทศไทย 970,903 คน และในจำนวนนี้เป็นแรงงานจากพม่า ไม่ต่ำกว่า 775,000 คน (กฤตยา อาชวนิจกุลและฟิลิป เกสท์ (2543) อ้างใน สำนักนโยบายและแผน สาธารณสุข (2544)) จากข้อมูลการคาดประมาณการของเพิ่มศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด (2547) พบว่าในปีงบประมาณ 2545 มีแรงงานต่างด้าวทั้งที่ขึ้นทะเบียนอนุญาตทำงานและไม่ได้ขึ้นทะเบียน ทั้งสิ้น 1,222,143 คน ซึ่งมากกว่าปี 2544 ถึงร้อยละ 67 โดยจังหวัดที่มีแรงงานต่างด้าวมากที่สุดคือตาก และแม่ฮ่องสอน ตามลำดับ นอกจากนี้ข้อมูลของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าวในเดือนพฤศจิกายน 2551 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองผิดกฎหมายและได้ขึ้นทะเบียนแรงงาน ต่างด้าวรวมทั้งสิ้นจำนวน 560,990 คน มีแรงงานชาวพม่ามากที่สุดจำนวนถึง 484,781 คน ซึ่งในจำนวน นี้ยังไม่รวมถึงกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ยังไม่ขึ้นทะเบียนที่ไม่สามารถประเมินได้อีกเป็นจำนวนมาก

ผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่งอันเกิดจากการเพิ่มขึ้นของผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้คือผลกระทบทางด้าน สุขภาพและสาธารณสุข ความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่นกับสุขภาพถือเป็นประเด็นที่มีการศึกษากัน อย่างกว้างขวาง ในยุโรปเองได้มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพ การเจ็บป่วยและโรค การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ รวมถึงนโยบายด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น (Landman and Cruickshank, 2001; JSchierup, Hansen, and Castles, 2006; Mladovsky, 2007) โดยในกลุ่มผู้ย้าย ถิ่นมักพบกับความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ ซึ่งเกิดจากสถานะทางกฎหมาย ความสามารถในการอ่านออกเขียนได้ และทักษะทางด้านภาษา สภาพความเป็นอยู่ สภาพการทำงาน รวมถึงการเข้าถึงในเรื่องการศึกษา และโครงข่ายทางสังคม ต่างมีส่วนทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสถานะ

ทางสุขภาพ และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Sundquist, 2001; Padilla and Miguel, 2007) โดยผล การศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Gellert (1993) ที่อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างการย้ายถิ่น ระหว่างประเทศกับการควบคุมโรคติดต่อไว้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการติดเชื้อโรคของผู้ย้ายถิ่นในประเทศ ปลายทางสัมพันธ์กับปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความแตกต่างในสภาพแวดล้อม สภาพความเป็น อยู่ที่แออัด ขาดระบบสุขภาพภิบาลที่ดีและสาธารณสุขูปโภคที่จำเป็น รวมถึงการมีภาวะทุพโภชนาการอัน เนื่องมาจากการมีรายได้ต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ย้ายถิ่นกับประเด็นทางด้านสุขภาพที่เห็นเด่นชัดมีอยู่ 2 ประการ (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2546) ประการแรก หากผู้ย้ายถิ่นมีเป็นจำนวนมาก ระบบสุขภาพในประเทศปลายทางต้อง เผชิญกับความเสี่ยงที่เกิดจากการแพร่กระจายโรคที่ผู้ย้ายถิ่นอาจนำติดตัวมา ประการที่สอง ผู้ย้ายถิ่นเอง ต้องประสบปัญหาสุขภาพที่มีอยู่ในประเทศปลายทาง ซึ่งใกล้เคียงกับมุมมองในเชิงของการแพร่กระจาย ทางพื้นที่ของ Meade *et al.* (1988) ที่ได้แบ่งประเด็นการเคลื่อนย้ายกับการแพร่กระจายของโรคในเชิง พื้นที่ในแบบจำลองการเคลื่อนย้ายกับสุขภาพไว้ 3 ประเด็น ประเด็นแรกได้แก่ การที่ผู้ย้ายถิ่นเป็นโรค จากพื้นที่ต้นทางและเมื่อเดินทางเคลื่อนย้าย ก็ได้้นำโรคนั้นๆ แพร่กระจายไปยังพื้นที่ทางผ่านและพื้นที่ ปลายทาง ประเด็นที่สอง ผู้ย้ายถิ่นไม่เป็นโรคในพื้นที่ต้นทาง แต่ติดโรคจากการแพร่กระจายตามพื้นที่ ทางผ่าน และนำโรคนั้นๆ ไปแพร่ในพื้นที่ปลายทาง และประเด็นสุดท้าย ผู้ย้ายถิ่นไม่เป็นโรคในพื้นที่ต้น ทาง แต่เมื่อเดินทางถึงพื้นที่ปลายทาง ได้ไปติดโรคจากการแพร่กระจายในพื้นที่ปลายทางนั้นๆ

สำหรับกรณีการเคลื่อนย้ายของผู้ย้ายถิ่นจากพม่าในประเทศไทยนั้น งานวิจัยหลายชิ้นได้ ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่สำคัญประการหนึ่งได้แก่ การที่ผู้ย้ายถิ่นบางส่วนนำ โรคติดต่อบางโรคที่ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ต้นทาง เช่น มาลาเรีย ติดมาจากพม่าและนำมาแพร่ ระบาดในพื้นที่ปลายทางคือประเทศไทย และโดยเฉพาะปัญหาความเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อบางชนิดที่ กำลังจะหมดไปจากประเทศไทยและมีแนวโน้มว่าได้กลับมาเป็นปัญหาในสังคมไทยอีกครั้งหนึ่ง (กฤตยา อาชวนิจกุล, 2546) เช่น โรคเท้าช้าง โรคเรื้อน ไข้กาฬหลังแอ่น กาฬโรค โรคโปลิโอ และคอตีบ

การศึกษาเรื่อง “ผลกระทบจากภาวะการเกิด การเจ็บป่วย และการตายของแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายสาธารณสุข” ของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2540) พบว่า การระบาดของโรคติดต่อในกลุ่มแรงงานต่างชาตินั้นเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญ โดยพบว่า กลุ่มโรคติดต่อที่พบบ่อยในกลุ่มแรงงานต่างชาติ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบ และโรคระบบทางเดินอาหาร ส่วนสาเหตุการตายที่สำคัญได้แก่ โรคมาลาเรีย อุบัติเหตุ ปวดบวมและการติดเชื้อในกระแสโลหิต

นอกจากนี้ การสำรวจแรงงานข้ามชาติจากพม่าในจังหวัดเชียงใหม่ ระนอง สมุทรสาครของกฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ (2543) ได้พบว่า ปัญหาสุขภาพหลักๆ ได้แก่ การเจ็บป่วยและการตายจากโรคมาลาเรีย การเสียชีวิตจากการคลอดบุตร การเสียชีวิตของทารกแรกเกิด ส่วนอาการเจ็บป่วยที่ผู้อพยพส่วนใหญ่เคยเป็นคือ โรคท้องร่วง โรคผิวหนังและโรคซิฟิลิส นอกจากนี้ยังพบประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ ไม่ว่าจะเป็นที่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ การคลอด การทำแท้ง และการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว

คงปฏิเสธไม่ได้ว่า สาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การเจ็บป่วยและโรคของผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้ส่วนหนึ่งมาจากการขาดฐานข้อมูลของผู้ย้ายถิ่นที่ครอบคลุมทุกพื้นที่และเชื่อถือได้ การขาดข้อมูลประชากรเหล่านี้ทำให้ยากต่อการเข้าถึงเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพหรือการเฝ้าระวังและรักษาโรค อย่างไรก็ตาม ประเด็นเรื่องการขาดฐานข้อมูลที่มีคุณภาพของกลุ่มประชากรผู้ย้ายถิ่นไม่ได้พบแต่เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น ประเทศอื่นๆ เช่น หลายประเทศในสหภาพยุโรปก็ถือว่าประเด็นดังกล่าวเป็นประเด็นสำคัญที่ทำนายต่อการเข้ามาจัดการเช่นเดียวกัน (Rafnsson and Bhopal, 2008)

ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้มีการกำหนดให้แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและได้รับใบอนุญาตทำงานเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ ในอัตราค่าใช้จ่ายคนละ 1,900 บาท มีระยะเวลาคุ้มครองหนึ่งปี ได้รับสิทธิประโยชน์เช่นเดียวกับโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย โดยแรงงานต่างด้าวต้องร่วมจ่ายในการรับบริการครั้งละ 30 บาท ข้อดีของการมีระบบประกันสุขภาพคือ ทำให้มีการรักษาพยาบาลและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ และลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน และเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาล

ผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่ง (เพิ่มศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด, 2547) และยังช่วยให้รัฐสามารถจัดการด้านงบประมาณได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2551)

อย่างไรก็ตาม แรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่มีเป็นจำนวนมากในประเทศไทย ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการบริการสุขภาพไปเป็นจำนวนไม่น้อย ผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับค่าใช้จ่ายในการให้การักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในบึงบประมาณ 2545 ของเพิ่มศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด (2547) พบว่า ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวประเภทมีบัตรประกันสุขภาพเป็นเงิน 118,896,940 บาท ค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวประเภทไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (รักษาพยาบาลฟรี) เป็นเงิน 115,001,116 บาท และประเภทไม่มีบัตรประกันสุขภาพ (แรงงานจ่ายเอง) เป็นเงิน 56,682,264 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 290,580,320 บาท ซึ่งจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวประเภทมีบัตรและไม่มีบัตรประกันสุขภาพมีจำนวนเท่าๆ กัน คืออยู่ที่ประมาณร้อยละ 40 ในแต่ละประเภทของค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแรงงานต่างด้าวทั้งหมด

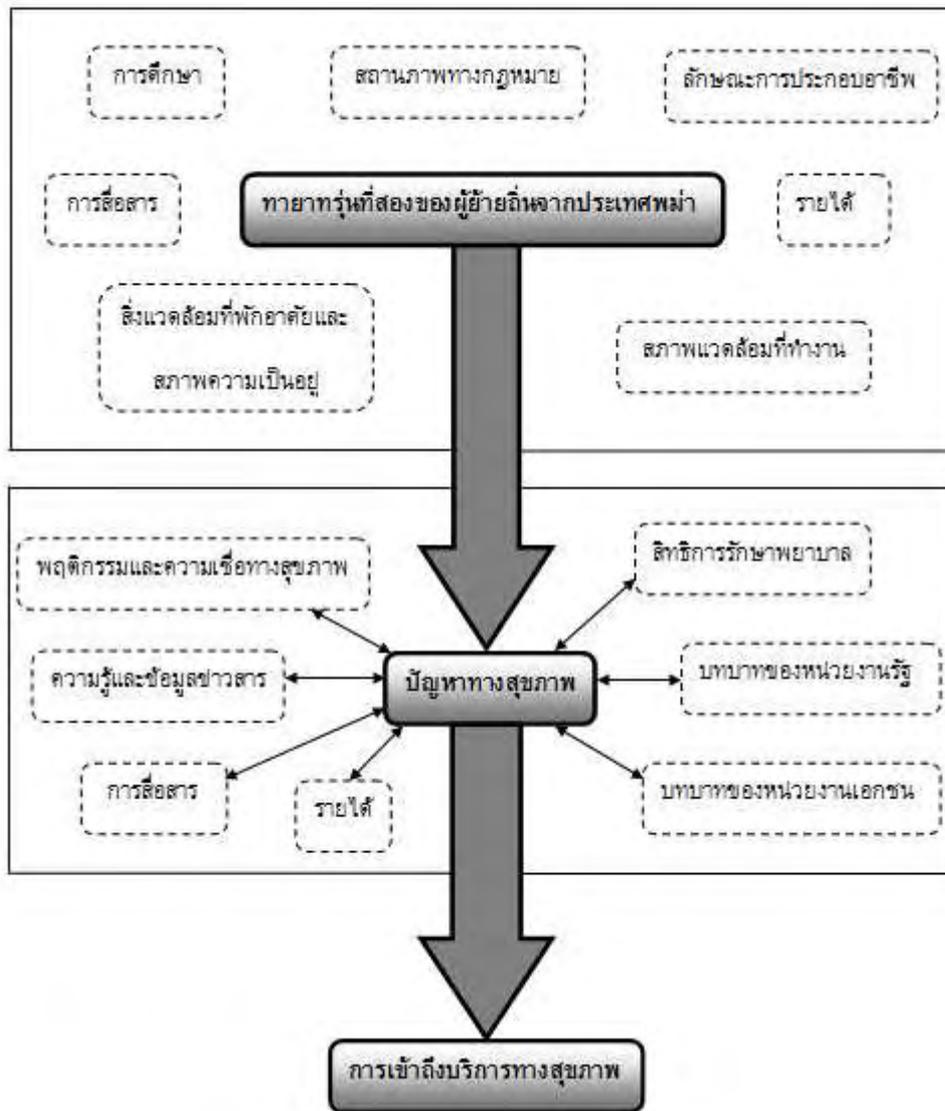
การศึกษาของขวัญชีวัน บัวแดง (2551) เรื่องสุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐในจังหวัดเชียงใหม่และแม่ฮ่องสอน ได้ชี้ให้เห็นว่า การที่แรงงานไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน ทำให้เกิดปัญหาหลบซ่อนและไม่กล้าเดินทางไปใช้บริการการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่อยู่ห่างไกลเพราะกลัวการถูกจับกุม รวมถึงข้อจำกัดทางด้านภาษา ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการขาดความรู้ในการป้องกันและรักษาโรคอันนำไปสู่ปัญหาทางสุขภาพได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การศึกษาในเรื่องผู้ย้ายถิ่นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพและสาธารณสุขที่ผ่านมา ได้เน้นศึกษาถึงสภาวะทางสุขภาพ โรค และการเจ็บป่วย รวมถึงการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในกลุ่มแรงงานที่ย้ายถิ่นเข้ามาเพื่อหางานทำ และแม้ว่ากระบวนการเคลื่อนย้ายดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมายาวนานกว่า 20 ปีแล้วก็ตาม ยังไม่มีการศึกษาใดที่สนใจศึกษาสภาพปัญหาทางด้านสุขภาพของทนายารุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เกิดหรือเติบโตในประเทศไทยอย่าง

จริงจั่ง ทั้งๆ ที่มีการยืนยันจากการศึกษาต่างๆ ว่ามีเป็นจำนวนไม่น้อย เช่น การศึกษาของกฤตยา อาชวนิจกุลและคณะ (2540) ที่พบว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2535-2539 มีเด็กเกิดจากคนต่างชาติประมาณ 6,200 คน ใน 17 จังหวัด หรือการศึกษาของเพ็ญศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด (2547) ที่พบว่าในปี พ.ศ. 2545 มีเด็กต่างด้าวที่อายุต่ำกว่า 5 ปีที่ได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐาน (วัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก หัด โปลิโอ) รวมทั้งสิ้นประมาณ 25,000 ราย โดยร้อยละ 67 ของจำนวนดังกล่าวอยู่ในเขตภาคเหนือ

1.5 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ตั้งอยู่บนแนวคิดที่ว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างที่เป็นทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศมาเลเซียส่วนใหญ่เป็นคนไร้สัญชาติ มีข้อจำกัดเรื่องการสื่อสารด้วยภาษาไทยรวมถึงสถานภาพทางกฎหมาย มีสภาพชีวิตความเป็นอยู่และการดำรงชีวิตที่ยากลำบาก มีสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ไม่ถูกสุขลักษณะ มีรายได้น้อย โดยเมื่อมีปัจจัยภูมิหลังต่างๆ เหล่านี้ เวลาที่มีปัญหาสุขภาพหรือโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ มักทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและบริการทางด้านสุขภาพและสาธารณสุข และการที่แต่ละปัจเจกบุคคลจะมีการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอย่างไ่นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยร่วมหลายๆ ปัจจัย ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมและความเชื่อทางสุขภาพ ความรู้และข้อมูลข่าวสาร การสื่อสาร รายได้ สิทธิการรักษาพยาบาล หรือบทบาทของหน่วยงานรัฐและหน่วยงานเอกชน (รูป 1.1)



รูป 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

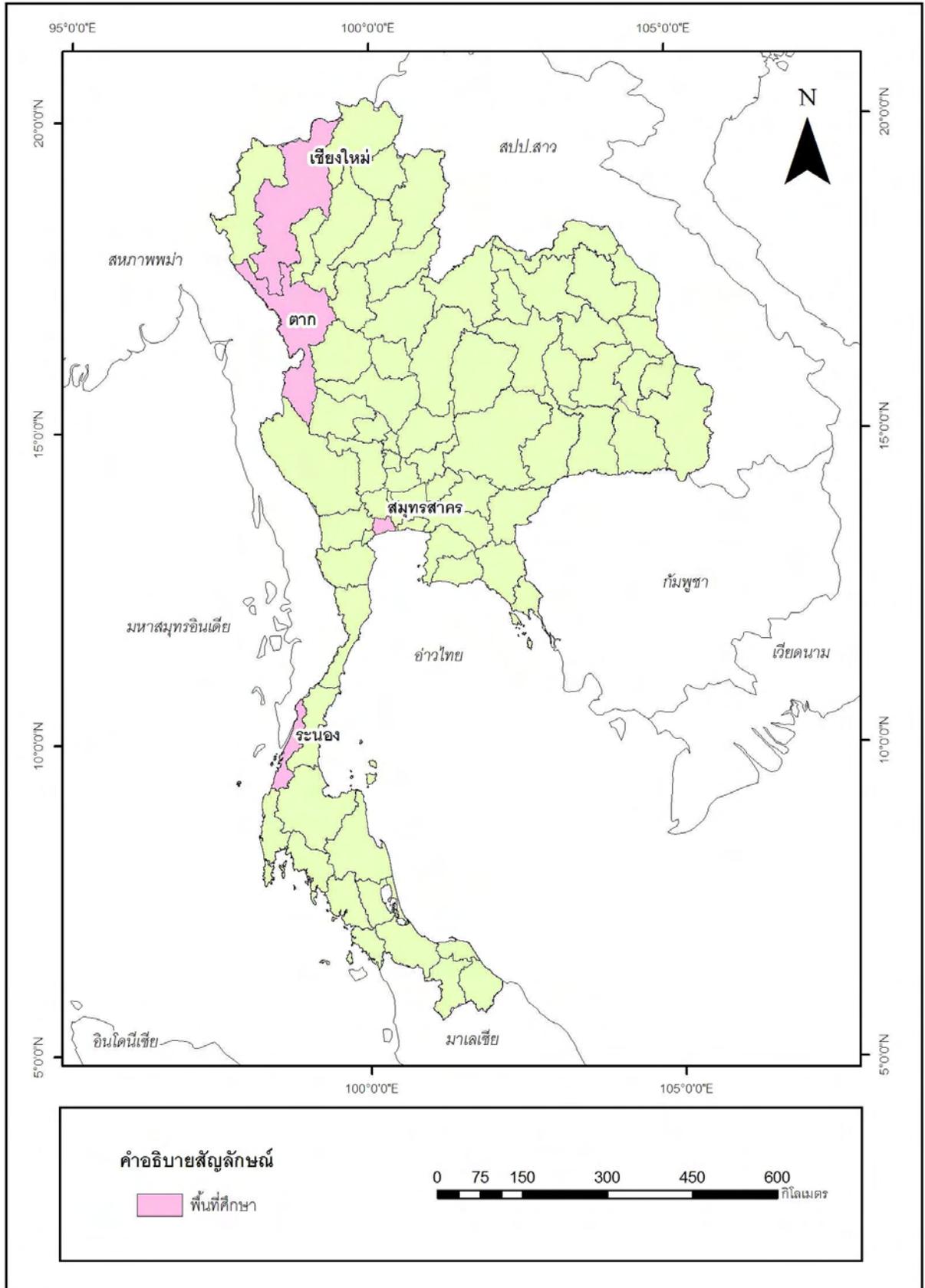
1.6 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณ การเก็บข้อมูลปฐมภูมิเป็นการเก็บข้อมูลจากการออกสนามโดยการสังเกตการณ์ และการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบนำสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและไม่มีโครงสร้าง โดยเป็นการสอบถามข้อมูลในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัญหาทางสุขภาพและสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ปัญหาโรคและการเจ็บป่วย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการได้รับบริการทางสุขภาพ รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในมุมมองของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าและในมุมมองของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง

หน่วยงานของภาครัฐและเอกชน (ภาคผนวก 1) โดยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้างในกลุ่มประชากรที่ศึกษาซึ่งได้แก่ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และมีพ่อและ/หรือแม่เป็นผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าทั้งที่ได้รับและไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน โดยกลุ่มประชากรดังกล่าวต้องเป็นบุคคลที่เกิดในประเทศไทยหรือย้ายตามพ่อและ/หรือแม่มาตั้งแต่เด็กและเติบโตในประเทศไทย โดยได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มประชากรตัวอย่างจำนวน 80 คน ในเขต 4 จังหวัดที่มีผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ตาก สมุทรสาครและระนอง (รูป 1.2) โดยในแต่ละจังหวัดได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นจำนวน 20 คน นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่มีโครงสร้างในกลุ่มบุคลากรและเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ ฝ่าย ในแต่ละจังหวัด โดยรวมทั้งสิ้น 30 คนจาก 24 หน่วยงาน (ภาคผนวก 2) รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 110 คน

1.7. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยในเชิงลึก โดยทำการเก็บข้อมูลทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพ สำหรับการเก็บข้อมูลปฐมภูมินั้น ได้ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาทางสุขภาพและสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นเกี่ยวกับประวัติสุขภาพ ปัญหาโรคและการเจ็บป่วย การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและการได้รับบริการทางสุขภาพ รวมถึงปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งในมุมมองของแรงงานข้ามชาติรุ่นที่สองและในมุมมองของบุคลากรทางสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง โดยได้มีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบนำสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างกับประชากรตัวอย่างที่มีพ่อและ/หรือแม่เป็นผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่เกิดในประเทศไทยหรือย้ายตามพ่อและ/หรือแม่มาตั้งแต่เด็กและเติบโตในประเทศไทย และมีอายุ 15 ปีขึ้นไป โดยประชากรตัวอย่างกลุ่มนี้เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ตาก สมุทรสาคร และระนอง และเนื่องจากเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ต้องการรายละเอียดของข้อมูลมากพอสมควร จึงสามารถทำการเก็บข้อมูลประชากรตัวอย่างแยกเป็นจังหวัดละ 20 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างประชากรที่เป็นทายาทรุ่นที่ 2 จำนวนทั้งสิ้น 80 คน



รูป 1.2 พื้นที่ศึกษา

นอกจากนี้ยังได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างกับเจ้าหน้าที่และบุคลากรในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนในหลายๆ ระดับ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย/สาธารณสุขอำเภอ/สาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลและองค์กรเอกชน โดยได้ตั้งเป้าหมายไว้ที่จังหวัดละ 5-7 คน รวมเป็นทั้งหมด 20-28 คน แต่เมื่อได้ทำการสัมภาษณ์ในพื้นที่จริงแล้ว ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเจ้าหน้าที่และบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ รวมทั้งสิ้น 30 คน จากทั้งหมด 24 หน่วยงาน นอกจากนี้ยังได้มีการสังเกตการณ์ในพื้นที่จริง สำหรับข้อมูลทุติยภูมินั้นได้ทำการเก็บรวบรวมจากเอกสาร หนังสือ วารสาร และข้อมูลจากอินเทอร์เน็ตจากหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้ถูกนำมาจัดเก็บในฐานข้อมูล และทำการวิเคราะห์ทั้งในเชิงสถิติและพรรณนา ข้อมูลทางสถิติเป็นการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสังคมศาสตร์

1.8 แผนการดำเนินงาน

โครงการนี้มีระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด 15 เดือน โดยมีแผนการดำเนินงานโดยสรุปดังตารางต่อไปนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	ระยะเวลา (เดือน)
การสำรวจพื้นที่ศึกษาและเลือกกลุ่มตัวอย่าง	3
การออกสนามเพื่อเก็บข้อมูล สัมภาษณ์และสังเกตการณ์ในพื้นที่จริง	3
การตรวจสอบ แก้ไขและจัดการข้อมูล	2
การวิเคราะห์ข้อมูล	4
การเขียนรายงานการวิจัย	3
รวมระยะเวลาทั้งสิ้น	15

บทที่ 2

พื้นที่ศึกษา

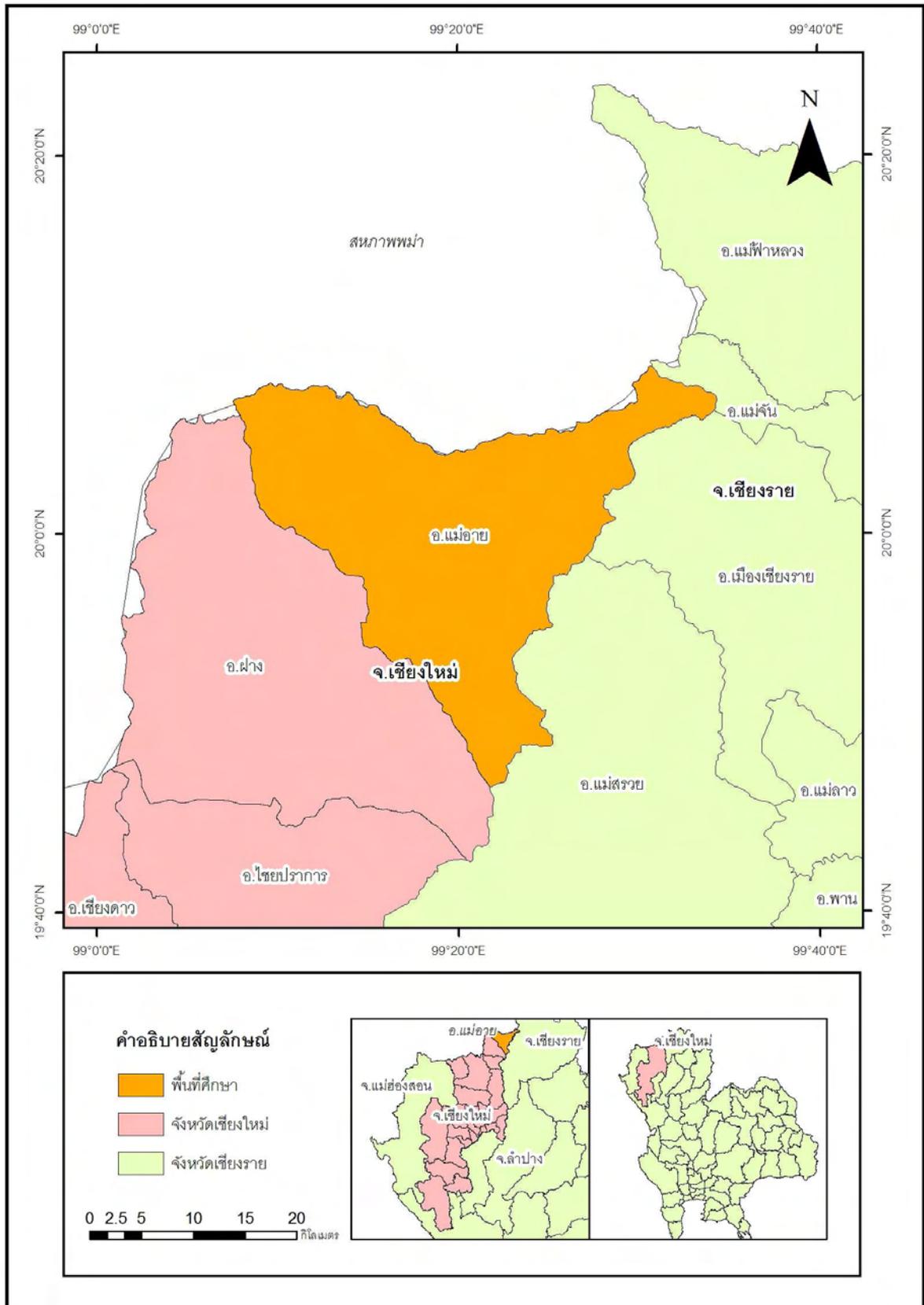
การศึกษาครั้งนี้ได้เลือกศึกษาใน 4 พื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ได้แก่ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร และอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง โดยในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างทางด้านลักษณะทางกายภาพ สังคมและเศรษฐกิจ โดยจะทำการนำเสนอภาพรวมของแต่ละพื้นที่เป็นรายจังหวัด ดังนี้

2.1 จังหวัดเชียงใหม่

2.1.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่อยู่ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย และเป็นจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศสหภาพพม่า มีที่ตั้งอยู่ระหว่างละติจูดที่ 18 องศา 48 ลิปดา ถึง 18 องศา 8 ลิปดาเหนือ ลองจิจูดที่ 98 องศา 59 ลิปดา ถึง 98 องศา 98 ลิปดาตะวันออก เป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางการค้าและการลงทุนหลักของภาคเหนือ ห่างจากกรุงเทพมหานคร ตามระยะทางบนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 11(อินทรีบุรี-เชียงใหม่) ประมาณ 720 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่อื่นๆ คือ ทิศเหนือติดกับสหภาพพม่า ทิศตะวันออกติดกับจังหวัดเชียงราย ทิศใต้ติดกับจังหวัดตาก และทิศตะวันตกติดกับจังหวัดแม่ฮ่องสอน

จังหวัดเชียงใหม่มีพื้นที่ประมาณ 20,107.057 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 12,566,910 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 25 อำเภอ มีอำเภอแม่เมาะเป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ทางทิศเหนือที่สุดของจังหวัด (รูป 2.1) และเป็นชายแดนติดต่อกับประเทศสหภาพพม่า อำเภอแม่เมาะตั้งอยู่ที่ละติจูดที่ 20 องศา 1 ลิปดาเหนือ ลองจิจูดที่ 99 องศา 17 ลิปดาตะวันออก ห่างจากจังหวัดเชียงใหม่ไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1098 (ฝาง-ท่าตอน) ประมาณ 173 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 3 ชั่วโมง และจากอำเภอแม่เมาะสามารถเดินทางต่อไปยังอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ประมาณ 65 กิโลเมตร



รูป 2.1 พื้นที่ศึกษา อำเภอแม่ฮ้าย จังหวัดเชียงใหม่

ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมง อำเภอแม่อำยมีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่อื่นๆ ดังนี้ ทิศเหนือติดกับรัฐฉาน สหภาพพม่า ทิศตะวันออกติดกับอำเภอแม่สรวย แม่จัน และอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ทิศใต้ติดกับอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ ทิศตะวันตกติดกับรัฐฉาน สหภาพพม่า และอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่

อำเภอแม่อำยมีพื้นที่ประมาณ 736.70 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 475,725 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 7 ตำบล โดยมีตำบลแม่อำยมเป็นศูนย์กลาง

ภาพรวมของลักษณะกายภาพของจังหวัดเชียงใหม่มีทั้งพื้นที่ที่เป็นภูเขา พื้นที่ราบลุ่มน้ำ และที่ราบเชิงเขา โดยพื้นที่ภูเขาส่วนใหญ่อยู่ทางทิศเหนือ และทิศตะวันตกของจังหวัด ซึ่งคิดเป็นพื้นที่ประมาณร้อยละ 80 ของพื้นที่ทั้งจังหวัด พื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่ป่าต้นน้ำและไม่เหมาะต่อการทำการเกษตร ขณะที่พื้นที่ราบลุ่มน้ำและที่ราบเชิงเขากระจายอยู่ทั้งจังหวัดระหว่างหุบเขาต่างๆ ซึ่งทอดตัวในแนวเหนือ ใต้ของจังหวัด และเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมแก่การทำการเกษตร

2.1.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่มีประชากรรวมทั้งสิ้น 1,632,548 คน แยกเป็นประชากรชาย 797,521 คน ประชากรหญิง 835,027 คน คิดเป็นความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ย 81.19 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2553) โดยเมื่อพิจารณาจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอพบว่า อำเภอเมืองเชียงใหม่มีจำนวนประชากรมากที่สุด และมีความหนาแน่นของประชากรต่อตารางกิโลเมตรมากที่สุดคือ 1,564.70 คนต่อตารางกิโลเมตรขณะที่อำเภอแม่อำยมมีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 71,359 คน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 11 ของจังหวัด แบ่งเป็นประชากรชาย 35,854 คน ประชากรหญิง 35,505 คน ส่วนความหนาแน่นของประชากรต่อตารางกิโลเมตร คือ 96.86 คนต่อตารางกิโลเมตร (ตาราง 2.1) ซึ่งเป็นอำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรต่อพื้นที่มากเป็นอันดับที่ 10 ของจังหวัดเชียงใหม่

ตาราง 2.1 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2553

อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)			ความหนาแน่น ต่อ ตร.กม.
	ชาย	หญิง	รวม	
จังหวัดเชียงใหม่	797,521	835,027	1,632,548	81.19
อำเภอเมืองเชียงใหม่	111,853	126,607	238,460	1,564.70
อำเภอสันทราย	53,409	60,090	113,499	398.21
อำเภอฝาง	55,627	55,935	111,562	125.61
อำเภอแมริม	41,626	42,944	84,570	190.64
อำเภอเชียงดาว	41,047	40,217	81,264	43.18
อำเภอสันกำแพง	36,495	40,116	76,611	387.25
อำเภอหางดง	36,645	39,868	76,513	276.12
อำเภอสารภี	36,191	40,140	76,331	783.28
อำเภอสันป่าตอง	36,259	39,503	75,762	425.20
อำเภอแม่แตง	36,901	37,413	74,314	54.53
อำเภอแม่สาย	35,854	35,505	71,359	96.86
อำเภอแม่แจ่ม	34,502	32,795	67,297	25.05
อำเภอดอยสะเก็ด	32,108	34,324	66,432	98.96
อำเภอจอมทอง	32,657	33,159	65,816	92.40
อำเภออมก๋อย	29,176	28,739	57,915	27.66
อำเภอพร้าว	25,185	25,456	50,641	25.05
อำเภอไชยปราการ	21,940	22,278	44,218	86.55
อำเภอฮอด	21,554	21,911	43,465	30.39
อำเภอแม่วาง	15,440	15,663	31,103	51.69
อำเภอดอยเต่า	13,656	13,533	27,189	33.82
อำเภอดอยหล่อ	13,196	13,602	26,798	103.03
อำเภอเวียงแหง	13,448	13,205	26,653	39.36
อำเภอสะเมิง	11,974	11,397	23,371	26.03
อำเภอแม่ฮ่องสอน	10,778	10,627	21,405	48.39

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน, 2553

จากลักษณะภูมิประเทศของจังหวัดเชียงใหม่ที่เป็นที่ทั้งพื้นที่ที่เป็นภูเขา พื้นที่ราบลุ่มน้ำและที่ราบเชิงเขา ทำให้มีทั้งประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ราบและอาศัยอยู่ในพื้นที่สูง โดยจำนวนประชากรชุมชนบนพื้นที่สูงนั้นกระจายอยู่ในอำเภอต่างๆ กว่า 20 อำเภอ รวมเป็นจำนวนประชากร 312,447 คน แยกเป็นชาย 157,367 คน เป็นหญิง 155,080 คน มีอำเภออมก๋อยเป็นอำเภอที่มีประชากรชุมชนบนที่สูงมากที่สุด รองลงมาคืออำเภอแม่แจ่ม เชียงดาว และอำเภอฮอด ตามลำดับ แบ่งเป็นกลุ่มชนเผ่าต่างๆ เช่น กะเหรี่ยง ม้ง เป็นต้น รวมทั้งชนกลุ่มน้อยต่างๆ เช่น ปะหล่อง ไทใหญ่ เป็นต้น (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2553)

ในส่วนการให้บริการด้านสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่มีสถานพยาบาลปัจจุบันทั้งหมด 47 แห่ง หรือคิดเป็น 5,752 เตียง แบ่งเป็นสถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 23 แห่ง จำนวนเตียง 1,375 เตียง สังกัดกระทรวงอื่นๆ 10 แห่ง จำนวนเตียง 2,808 เตียง และเป็นสถานพยาบาลเอกชน 14 แห่ง จำนวนเตียง 1,569 เตียง โดยอัตราส่วนระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขต่อประชากรในจังหวัดเชียงใหม่ (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2553) มีเท่ากับ แพทย์ 1,167 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:1,440 คน พยาบาลวิชาชีพ 4,169 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:1,403 คน พยาบาลเทคนิค 165 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:10,186 คน เภสัชกร 155 คน อัตราส่วนต่อประชากรเท่ากับ 1:5,659 คน ทันตแพทย์ 155 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:13,445 คน

ในด้านเศรษฐกิจ จังหวัดเชียงใหม่มีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) 120,972 ล้านบาท ซึ่งมีมูลค่าสูงสุดในเขตภาคเหนือ โดยส่วนใหญ่มาจากนอกภาคเกษตรถึงร้อยละ 83 เป็นมูลค่า 100,921 ล้านบาท และจากภาคเกษตรร้อยละ 17 มูลค่า 20,052 ล้านบาท รายได้ส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับบริการสาธารณสุขร้อยละ 24 มูลค่า 28,537 ล้านบาท รองลงมาเป็นสาขาการค้าร้อยละ 22 มูลค่า 26,956 ล้านบาท สาขาบริการร้อยละ 19 มูลค่า 23,083 ล้านบาท สาขาอุตสาหกรรมร้อยละ 18 มูลค่า 22,347 ล้านบาท และสาขาการเกษตรร้อยละ 17 มูลค่า 20,885 ล้านบาท ตามลำดับ มีรายได้เฉลี่ยของประชากรทั้งจังหวัดอยู่ที่ 76,388 บาท ต่อคน ต่อปี ขณะที่รายได้เฉลี่ยของประชากรในเขตชนบทของจังหวัดอยู่ที่ 40,984 บาท ต่อคนต่อปี โดยอำเภอสันทรายเป็นอำเภอที่มีรายได้เฉลี่ยของประชากรสูงที่สุดคือ 56,061

บาท ต่อคนต่อปี ส่วนอำเภออมก๋อยเป็นอำเภอที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำที่สุดคือ 27,158 บาท ต่อคนต่อปี (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2553)

ด้านกำลังแรงงาน ในปี 2551 จังหวัดเชียงใหม่มีกำลังแรงงานทั้งสิ้น 947,606 คน (สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่, 2553) และมีแรงงานที่เป็นแรงงานต่างด้าวภายในจังหวัดด้วย จากข้อมูลของกรมการจัดหางาน พ.ศ. 2553 ระบุว่าจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตเข้าทำงาน 62,273 คน ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในเขตภาคเหนือ แบ่งเป็นที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมาย 2,741 คน และเข้าเมืองอย่างไม่ถูกกฎหมาย 59,532 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2553) แต่หากระบุเฉพาะแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้านของไทยที่เข้ามาทำงานใช้แรงงาน ข้อมูลจากสำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงใหม่ระบุว่า ปี 2553 มีแรงงานต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตจำนวน 52,557 คน แบ่งเป็นชาวพม่า 52,481 คน ชาวลาว 68 คน และชาวกัมพูชา 8 คน โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคเกษตร รองลงมาคืองานก่อสร้าง (สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงใหม่, 2553)

2.2 จังหวัดตาก

2.2.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดตาก

จังหวัดตากอยู่ในเขตภาคเหนือตอนล่างหรือภาคตะวันตกของประเทศไทย และเป็นอีกจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศสหภาพพม่า ตั้งอยู่ระหว่างละติจูดที่ 16 องศา 53 ลิปดา ถึง 16 องศา 88 ลิปดาเหนือ ลองจิจูดที่ 99 องศา 08 ลิปดา ถึง 99 องศา 13 ลิปดาตะวันออก ห่างจากกรุงเทพมหานครตามระยะทางบนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 1 (ถนนพหลโยธิน) ประมาณ 426 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่อื่นๆ คือ ทิศเหนือ ติดกับจังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ ลำพูนและลำปาง ทิศตะวันออกติดกับจังหวัดสุโขทัย กำแพงเพชร นครสวรรค์ และอุทัยธานี ทิศใต้ติดกับจังหวัดอุทัยธานีและกาญจนบุรี และทิศตะวันตกติดกับสหภาพพม่า

จังหวัดตากมีพื้นที่ 16,406.65 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 10,324,156.25 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 9 อำเภอ จังหวัดตากมีความแตกต่างจากหลายจังหวัดในประเทศไทยที่ส่วนใหญ่จะ

มีศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนต่าง ๆ อยู่ที่อำเภอเมือง แต่จังหวัดตากมีศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ การค้า การลงทุนต่าง ๆ อยู่ที่อำเภอแม่สอด ทั้งในภาคบริการและภาคอุตสาหกรรม และยังเป็นที่ตั้งของจุดผ่านแดนถาวรด่านพรมแดนแม่สอด เชื่อมโยงกับสหภาพพม่า อำเภอแม่สอดเป็นอำเภอที่ตั้งอยู่ตอนกลางของจังหวัด ที่ละติจูดที่ 16 องศา 42 ลิปดาเหนือ ลองจิจูดที่ 98 องศา 34 ลิปดาตะวันออก (รูป 2.2) ห่างจากอำเภอเมืองตากไปตามทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 12 (ตาก-แม่สอด) ประมาณ 86 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางประมาณ 1 ชั่วโมงครึ่ง และจากอำเภอแม่สอดสามารถเดินทางต่อไปยังเมืองเมียวดี รัฐกระเหรี่ยง สหภาพพม่า ประมาณ 7 กิโลเมตรเท่านั้น ซึ่งบริเวณดังกล่าวเป็นชายแดนไทย- สหภาพพม่า ที่มีแม่น้ำเมยเป็นแนวพรมแดน และมีสะพานมิตรภาพไทย-พม่า เชื่อมโยงระหว่างอำเภอแม่สอดกับเมืองเมียวดี โดยอำเภอแม่สอดอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่อื่นๆ คือ ทิศเหนือติดกับอำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก ทิศตะวันออกติดกับอำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ทิศใต้ติดกับอำเภอพบพระ จังหวัดตาก ทิศตะวันตกติดกับรัฐกระเหรี่ยง สหภาพพม่า

อำเภอแม่สอดมีพื้นที่ประมาณ 1,986.12 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 1,241,322.50 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 10 ตำบล มีศูนย์กลางอยู่ที่ตำบลแม่สอด และประกอบด้วย 1 เทศบาลนคร คือ เทศบาลนครแม่สอด ครอบคลุมพื้นที่ตำบลแม่สอดทั้งตำบล และ 3 เทศบาลตำบล

ภาพรวมของลักษณะกายภาพของจังหวัดตากประกอบด้วยป่าไม้และเทือกเขาสูง มีพื้นที่ราบสำหรับการเกษตรน้อย จังหวัดตากแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน คือ ด้านตะวันออก ประกอบด้วย 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอ เมืองตาก บ้านตาก สามเงา และกิ่งอำเภอวังเจ้า ลักษณะภูมิภาคด้านนี้ประกอบด้วยภูเขาสูงซึ่งปกคลุมไปด้วยป่าโปร่ง และป่าเบญจพรรณ ด้านตะวันตก ประกอบด้วย 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอแม่สอด แม่ระมาด ท่าสองยาง พบพระ และอำเภออุ้มผาง ลักษณะภูมิภาคด้านนี้ประกอบด้วยภูเขาสูงและแหล่งน้ำที่สำคัญ ได้แก่ แม่น้ำปิง แม่น้ำวัง แม่น้ำกลอง แม่น้ำเมย คลองวังเจ้า และ ห้วยแม่ละเมา มีป่าสงวนแห่งชาติและแร่ธาตุที่สำคัญ ได้แก่ แร่แกรนิต สังกะสีและหินปูน (สำนักงานจังหวัดตาก, 2553)

2.2.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดตาก

จังหวัดตากมีประชากรรวมทั้งสิ้น 519,662 คน แยกเป็นประชากรชาย 263,552 คน ประชากรหญิง 256,110 คน คิดเป็นความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ย 31.67 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2553) โดยเมื่อพิจารณาจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอพบว่า อำเภอแม่สอดมีจำนวนประชากรมากที่สุด คือ 71,308 คน แบ่งเป็น ประชากรชาย 36,744 คน ประชากรหญิง 34,564 คน แต่เมื่อพิจารณาจากความหนาแน่นของประชากรพบว่าอำเภอวังเจ้ามีความหนาแน่นของประชากรมากที่สุดคือ 79.27 คนต่อตารางกิโลเมตร (ตาราง 2.2)

ตาราง 2.2 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดตาก ปี 2553

อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)			ความหนาแน่นต่อ ตร.กม.
	ชาย	หญิง	รวม	
จังหวัดตาก	263,552	256,110	519,662	31.67
อำเภอแม่สอด	36,744	34,564	71,308	35.90
อำเภอเมืองตาก	35,160	35,107	70,267	43.93
อำเภอท่าสองยาง	29,583	27,460	57,043	29.70
อำเภอพบพระ	27,699	26,017	53,716	53.37
อำเภอแม่ระมาด	19,156	18,244	37,400	25.35
อำเภอบ้านตาก	16,009	15,988	31,997	32.24
อำเภอสามเงา	13,446	13,681	27,127	9.79
อำเภอวังเจ้า	13,186	12,887	26,073	79.27
อำเภออุ้มผาง	13,226	11,868	25,094	5.80

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน, 2553

ด้วยตำแหน่งของจังหวัดตากที่เป็นด้านชายแดนที่สำคัญแห่งหนึ่งระหว่างประเทศไทย และสหภาพพม่า ประกอบกับปัญหาความขัดแย้งภายในประเทศของสหภาพพม่าทำให้ประชากรจาก สหภาพพม่าที่ลี้ภัยมาอยู่ตามชายแดน จังหวัดตากจึงมีพื้นที่พักพิงผู้หนีภัยจากการสู้รบอยู่ 3 แห่ง (สำนักงานจังหวัดตาก, 2553) คือ

1. พื้นที่พักพิงชั่วคราวบ้านแม่หละ ตั้งอยู่ที่บริเวณหมู่ที่ 9 ตำบลแม่หละ อำเภอท่าสอง
2. พื้นที่พักพิงชั่วคราวบ้านอ้อมเปี้ยม ตั้งอยู่ที่บริเวณหมู่ที่ 1 ตำบลคีรีราษฎร์ อำเภอพบพระ
3. พื้นที่พักพิงชั่วคราวบ้านนุโพ ตั้งอยู่ที่บริเวณหมู่ที่ 4 ตำบลแม่จัน อำเภออุ้มผาง

ในส่วนการให้บริการด้านสาธารณสุข จังหวัดตากมีจำนวนสถานพยาบาลปัจจุบันทั้งหมด 168 แห่ง โดยเป็นสถานพยาบาลที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้ค้างคืนทั้งสิ้น 166 แห่ง มีจำนวนเตียง 1,005 เตียง แบ่งเป็นสถานพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 162 แห่ง จำนวน 855 เตียง สังกัดกระทรวงอื่นๆ 2 แห่ง จำนวน 40 เตียง สังกัดรัฐวิสาหกิจ 1 แห่ง 10 เตียง สถานพยาบาลของเอกชน 1 แห่ง จำนวน 100 เตียง นอกจากนี้มีสถานเอนามัย จำนวน 154 แห่ง คลินิกทุกประเภท 67 แห่ง โดยมีสถานพยาบาลทุก องค์การบริหารส่วนตำบล โดยอัตราส่วนระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขต่อประชากรในจังหวัดตาก (สำนักงานจังหวัดตาก, 2553) คือ แพทย์ 105 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1: 4,805 คน จำแนก เป็นแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 95 คน เอกชน 7 คน และกระทรวงอื่นๆ 3 คน พยาบาล 566 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1: 891 คน จำแนกเป็นพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 512 คน เอกชน 33 คน รัฐวิสาหกิจ 4 คน เทศบาล 2 คน และอื่น ๆ 15 คน นอกจากนี้ยังประกอบด้วยทันต แพทย์ 31 คน เภสัชกร 51 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ 174 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตาก, 2553)

ในด้านเศรษฐกิจ จังหวัดตากมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) 30,891 ล้านบาท อยู่ใน อันดับที่ 62 โดยมีรายได้ทั้งจากภาคเกษตรและภาคอุตสาหกรรม โดยพืชเศรษฐกิจที่สร้างมูลค่ามากที่สุด ได้แก่ ข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ ผลิตได้ประมาณ 453,109 ตันต่อปี มูลค่าประมาณ 1,876 ล้านบาทต่อปี รองลงมาคือ ดอกกุหลาบ ผลิตได้ประมาณ 365 ล้านดอกต่อปี มูลค่าประมาณ 730 ล้านบาทต่อปี และ

สัม ผลิตได้ประมาณ 28,800 ตันต่อปี มูลค่าประมาณ 720 ล้านบาทต่อปี (รายงานสถานการณ์อุตสาหกรรม จังหวัดตาก, 2550)

ภาคอุตสาหกรรม ในปี 2550 จังหวัดตากมีจำนวนโรงงานทั้งสิ้น 522 โรง เงินลงทุน 11,242.276 ล้านบาท มีการจ้างงาน 52,289 คน หมวดอุตสาหกรรมที่มีการลงทุนมากที่สุด และมีจำนวนโรงงานมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งได้แก่ อุตสาหกรรมเกษตร จำนวน 89 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 17.05 ของจำนวนโรงงานทั้งหมด มีการลงทุน 741.330 ล้านบาท อันดับสองได้แก่หมวดอุตสาหกรรมเครื่องแต่งกาย จำนวน 80 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 15.32 ของจำนวนโรงงานทั้งหมด มีการลงทุน 756.887 ล้านบาท และอันดับสามได้แก่หมวดอุตสาหกรรมสิ่งทอ จำนวน 63 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 12.07 ของจำนวนโรงงานทั้งหมด มีการลงทุน 847.396 ล้านบาท ตามลำดับ หากแยกจำนวนโรงงานตามอำเภอจะพบว่า อำเภอที่มีจำนวนโรงงานอยู่หนาแน่นมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่ง ได้แก่ อำเภอแม่สอด มีจำนวนโรงงานถึง 286 โรงงาน คิดเป็นร้อยละ 54.79 ของจำนวนโรงงานทั้งหมด มีการลงทุน 2,633.318 ล้านบาท (รายงานสถานการณ์อุตสาหกรรม จังหวัดตาก, 2550)

จังหวัดตากยังเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษ โดยมีมติคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 19 ตุลาคม 2547 กำหนดให้จังหวัดตากเป็นเขตเศรษฐกิจพิเศษชายแดน โดยครอบคลุม 3 อำเภอ แม่สอดกำหนดพัฒนาเป็นเขตการลงทุนด้านอุตสาหกรรม การค้า และการท่องเที่ยว ส่วนอำเภอพบพระและอำเภอแม่ระมาดกำหนดพัฒนาการผลิตด้านเกษตรและอุตสาหกรรมเชื่อมโยงกับแม่สอด (รายงานสถานการณ์อุตสาหกรรม จังหวัดตาก, 2550) มูลค่าการค้าระหว่างไทยกับสหภาพพม่ามีมูลค่าสูงกว่า 15,000-20,000 ล้านบาทต่อปีผ่านกระบวนการขนส่งลำเลียงแบบดั้งเดิมที่ทั้งใช้คนขนข้าม เรือเล็ก ก็สามารถบรรทุกของข้ามน้ำเมยที่จุดผ่านแดนอำเภอแม่สอดได้ และในปัจจุบันมีสะพานมิตรภาพไทย-พม่า บริเวณ 2 ฝั่งแม่น้ำเมยทั้งทางด้านเหนือ-ใต้ ซึ่งเปิดบริการตั้งแต่เวลา 06: 00-18: 00 ของทุกวัน รวมถึงบางครั้งหลัง 18: 00 ไปแล้วก็ยังมีการขนสินค้าข้ามฝั่งเกิดขึ้นได้เช่นกัน (สำนักงานจังหวัดตาก, 2553)

ในส่วนการจ้างงานปี 2550 จังหวัดตากมีโรงงาน 522 โรงงาน เงินลงทุนทั้งสิ้น 11,242.276 ล้านบาท จำนวนแรงงาน 52,289 คนการประกอบกิจการภาคอุตสาหกรรมแต่ละประเภทเน้นการใช้แรงงานสูง (Labor Intensive Industry) โรงงานส่วนใหญ่กระจุกตัวในบริเวณพื้นที่ติดกับ

ชายแดนของจังหวัด ได้แก่อำเภอแม่สอด เพื่อใช้แรงงานค่าแรงถูกจากประเทศพม่า มีจำนวนแรงงานทั้งสิ้น 47,818 คน แบ่งเป็นอุตสาหกรรมการเกษตร จำนวน 534 คน อุตสาหกรรมเครื่องแต่งกาย มีจำนวนแรงงานทั้งสิ้น 17,796 คน อุตสาหกรรมสิ่งทอ มีจำนวนแรงงานทั้งสิ้น 24,649 คน และอุตสาหกรรมโลหะ มีจำนวน 54 โรงงาน มีจำนวนแรงงานทั้งสิ้น 2,142 คน (รายงานสถานการณ์อุตสาหกรรม จังหวัดตาก, 2550)

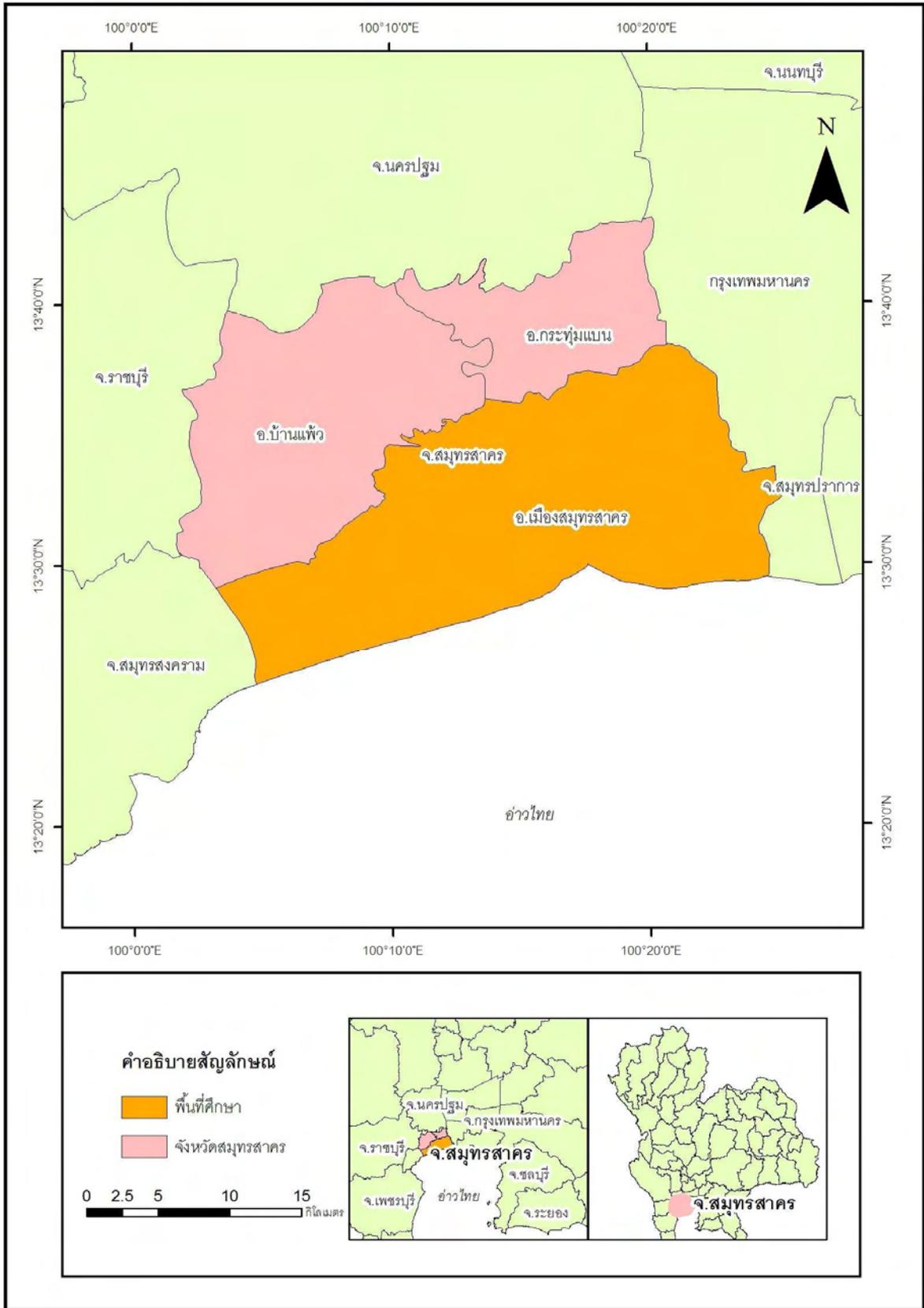
จากข้อมูลของกรมการจัดหางานปี 2553 ระบุว่าจังหวัดตากมีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตเข้าทำงาน 43,289 คน ซึ่งมีจำนวนมากเป็นอันดับสองในเขตภาคเหนือ รองจากจังหวัดเชียงใหม่ แบ่งเป็นที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมาย 301 คน และเข้าเมืองอย่างไม่ถูกกฎหมาย 42,988 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2553)

2.3 จังหวัดสมุทรสาคร

2.3.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาครอยู่ในเขตภาคกลางของประเทศไทย เป็นจังหวัดเดียวในพื้นที่ศึกษาทั้ง 4 จังหวัด ที่ไม่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้านเลย มีที่ตั้งอยู่ระหว่างละติจูดที่ 13 องศา 32 ลิปดา ถึง 13 องศา 54 ลิปดาเหนือ ลองจิจูดที่ 100 องศา 17 ลิปดา ถึง 100 องศา 28 ลิปดาตะวันออก (รูป 2.3) เป็นจังหวัดหนึ่งในเขตปริมณฑลรอบกรุงเทพมหานคร ตั้งอยู่ริมฝั่งแม่น้ำท่าจีนและอ่าวไทย ห่างจากกรุงเทพมหานครตามระยะทางบนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 35 (ถนนพระราม 2) ประมาณ 30 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่อื่นๆ ดังนี้ ทิศเหนือ ติดกับ จังหวัดนครปฐม ทิศตะวันออกติดกับ กรุงเทพมหานคร ทิศใต้ติดกับอ่าวไทย และทิศตะวันตกติดกับจังหวัดราชบุรีและสมุทรสงคราม

จังหวัดสมุทรสาครมีพื้นที่ประมาณ 872.35 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 545,216 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสาคร กระทุ่มแบน และบ้านแพ้ว โดยอำเภอเมืองสมุทรสาครเป็นอำเภอที่มีพื้นที่มากที่สุดคือ 492.04 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 307,525 ไร่ และเป็นอำเภอเดียวของจังหวัดที่มีอาณาเขตติดต่อกับอ่าวไทย



รูป 2.3 พื้นที่ศึกษา อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ลักษณะกายภาพโดยทั่วไปจังหวัดสมุทรสาครเป็นพื้นที่ราบชายฝั่งทะเลบริเวณปากอ่าวไทย ซึ่งเป็นที่ตั้งที่ได้เปรียบในการประกอบกิจการประมง

2.3.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาครมีประชากรรวมทั้งสิ้น 484,606 คน แยกเป็นประชากรชาย 234,714 คน ประชากรหญิง 249,892 คน คิดเป็นความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ย 555.52 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักบริหารการทะเบียน, 2553) เมื่อพิจารณาจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอพบว่า อำเภอเมืองสมุทรสาครมีจำนวนประชากรมากที่สุด แต่อำเภอที่มีความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ยมากที่สุดคือ อำเภอกระทุ่มแบน (ตาราง 2.3)

ตาราง 2.3 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดสมุทรสาคร ปี 2553

อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)			ความหนาแน่นต่อ ตร.กม.
	ชาย	หญิง	รวม	
จังหวัดสมุทรสาคร	234,714	249,892	484,606	555.52
อำเภอเมืองสมุทรสาคร	77,122	82,466	159,588	324.34
อำเภอกระทุ่มแบน	27,113	28,285	55,398	409.52
อำเภอบ้านแพ้ว	22,093	23,622	45,715	186.57

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน, 2553

จังหวัดสมุทรสาครเป็นปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร มีสภาพสังคมแบบกึ่งชนบทกึ่งเมือง ประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองส่วนใหญ่จะตั้งบ้านเรือนกระจุกตัวอยู่ริมถนนสายหลัก และสายรอง มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ส่วนในชนบทการตั้งบ้านเรือนจะกระจายอยู่ตามริมแม่น้ำลำคลอง ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนไทยเชื้อสายจีน และเชื้อสายรามัญ

ในส่วนการให้บริการด้านสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาครมีสถานพยาบาลปัจจุบัน แบ่งเป็นโรงพยาบาลของรัฐ/ องค์กรมหาชน 3 แห่ง จำนวนเตียง 1,375 เตียง 849 เตียง โรงพยาบาล เอกชน 5 แห่ง จำนวนเตียง 610 เตียง สถานีอนามัย 56 แห่ง คลินิกแพทย์ 90 แห่ง คลินิกทันตกรรม 23 แห่ง และสถานพยาบาลผดุงครรภ์ 47 แห่ง โดยอัตราส่วนระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขต่อประชากร ในจังหวัดสมุทรสาคร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2553) มีแพทย์ 143 คน อัตราส่วนต่อ ประชากร เท่ากับ 1:2,999 คน พยาบาลวิชาชีพ 539 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:899 คน พยาบาลเทคนิค 247 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:1,736 คน เภสัชกร 38 คน อัตราส่วนต่อ ประชากร เท่ากับ 1:11,285 คน ทันตแพทย์ 22 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:19,492 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 181 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:2,369 คน

ในด้านเศรษฐกิจ จังหวัดสมุทรสาครมีทรัพยากรที่เอื้ออำนวยต่อการพัฒนาเศรษฐกิจเป็น อย่างมาก จากการวิเคราะห์ข้อมูลทางเศรษฐกิจ โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ ปรากฏจังหวัดสมุทรสาครมีมูลค่าผลิตภัณฑ์มวลรวม ปี 2552 เท่ากับ 602,374 ล้านบาท โดยส่วนใหญ่มาจากสาขานอกภาคเกษตร ซึ่งประกอบด้วยภาคอุตสาหกรรม ส่วนสาขาเกษตรกรรมนั้น ส่วนใหญ่มาจากการประมง นอกจากนั้นเป็นสาขาการผลิตอื่น ๆ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ภาคอุตสาหกรรมเป็นโครงสร้างทางเศรษฐกิจหลักของจังหวัดสมุทรสาคร (สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร, 2553)

ด้านกำลังแรงงาน จังหวัดสมุทรสาครมีสถานประกอบการในพื้นที่ทั้งที่เป็นโรงงาน อุตสาหกรรมขนาดใหญ่ หรืออุตสาหกรรมขนาดเล็กในครัวเรือนที่มีลักษณะเฉพาะถิ่นที่เรียกว่า “ล้ง” เป็น มาก มีผู้ใช้แรงงานประมาณร้อยละ 30 ของแรงงานทั้งหมดมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด ส่วนที่เหลือร้อยละ 70 เป็นแรงงานที่มาจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ และภาคกลาง โดยแรงงานส่วนใหญ่อยู่ใน โรงงานอุตสาหกรรมประเภทอาหาร เครื่องดื่ม เครื่องแต่งกายเครื่องหนัง สิ่งทอ และยังมีแรงงานต่างด้าว ที่เข้าทำงานในสถานประกอบการประเภทโรงงานอุตสาหกรรม จากการที่จังหวัดสมุทรสาครเป็นแหล่ง ธุรกิจประมงที่สำคัญของประเทศ เป็นศูนย์กลางการซื้อขายสัตว์น้ำและผลิตภัณฑ์สัตว์น้ำ ทำให้ภาคการ ประมงมีความต้องการแรงงานจำนวนมาก แต่เนื่องจากแรงงานไทยไม่นิยมทำอาชีพดังกล่าว จึงเกิด

ปัญหาการขาดแคลนแรงงานในกิจการดังกล่าว จากข้อมูลของกรมการจัดหางาน พ.ศ. 2553 ระบุว่า จังหวัดสมุทรสาคร มีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตเข้าทำงาน 130,345 คน ซึ่งมีจำนวนมากที่สุดในเขตภาคกลาง (ไม่รวมกรุงเทพมหานคร) แบ่งเป็นที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมาย 4,807 คน และเข้าเมืองอย่างไม่ถูกกฎหมาย 125,538 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2553) แต่หากระบุเฉพาะแรงงานต่างด้าวจากประเทศเพื่อนบ้านของไทยที่เข้ามาทำงานใช้แรงงาน ข้อมูลจากสำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร ระบุว่า พ.ศ. 2553 มีแรงงานต่างด้าวที่เข้ารับการตรวจสุขภาพจำนวน 160,253 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า (สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร, 2553)

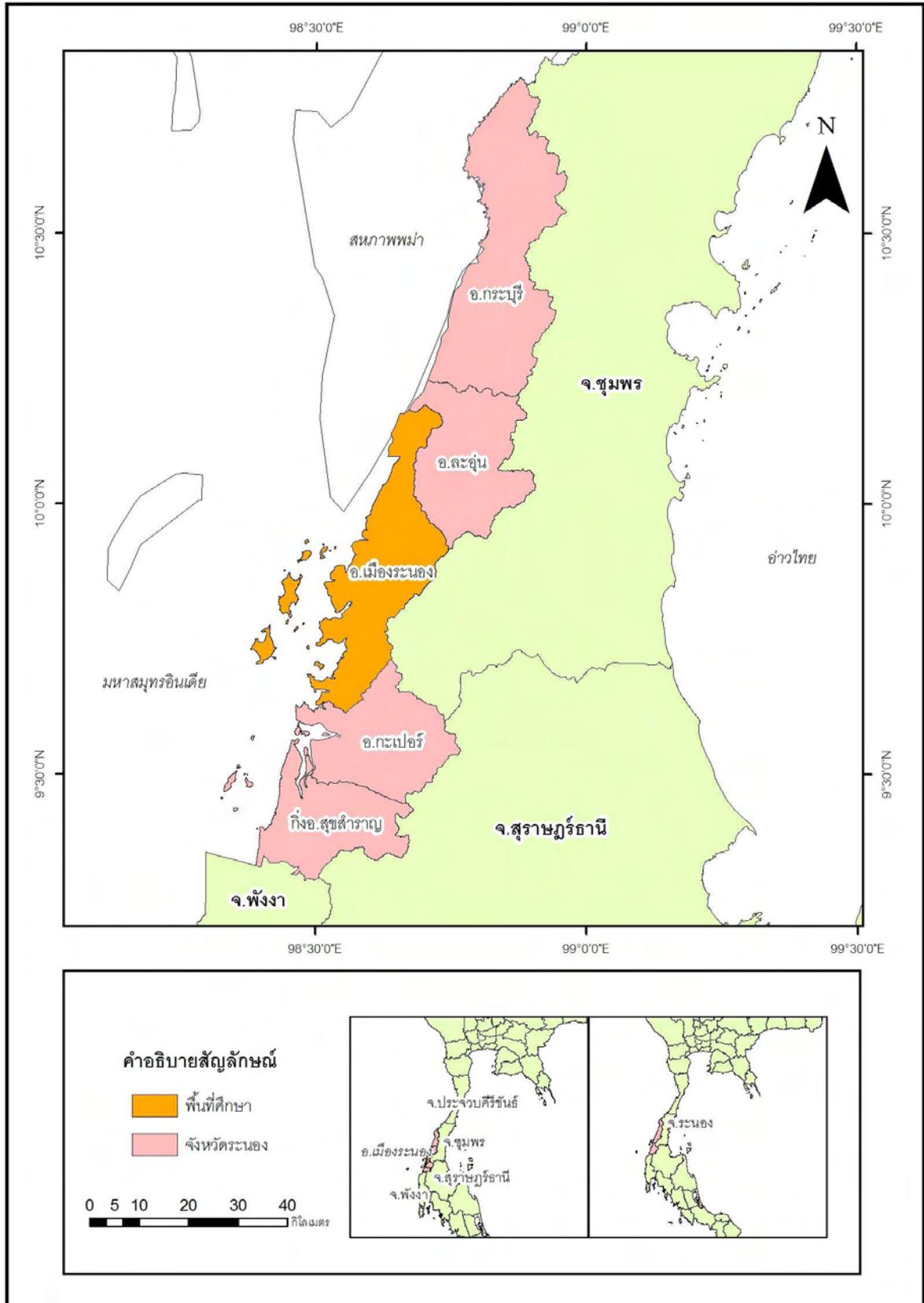
2.4 จังหวัดระนอง

2.4.1 ที่ตั้งและอาณาเขตของจังหวัดระนอง

จังหวัดระนองอยู่ในเขตภาคใต้ของประเทศไทย และเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศสหภาพพม่าด้วย มีที่ตั้งอยู่ระหว่างละติจูดที่ 9 องศา 58 ลิปดา ถึง 9 องศา 97 ลิปดา เหนือ ลองจิจูดที่ 98 องศา 38 ลิปดา ถึง 98 องศา 63 ลิปดาตะวันออก (รูป 2.4) เป็นจังหวัดที่อยู่บนชายฝั่งทะเลอันดามัน ห่างจากกรุงเทพมหานครตามระยะทางบนทางหลวงแผ่นดินหมายเลข 4 (ถนนเพชรเกษม) ประมาณ 568 กิโลเมตร มีอาณาเขตติดต่อกับพื้นที่อื่นๆ ดังนี้ ทิศเหนือ ติดกับ จังหวัดชุมพร ทิศตะวันออก ติดกับ จังหวัดชุมพรและสุราษฎร์ธานี ทิศใต้ ติดกับ จังหวัดพังงาและสุราษฎร์ธานี ทิศตะวันตก ติดกับ สหภาพพม่าและทะเลอันดามัน

จังหวัดระนองมีพื้นที่ประมาณ 3,298.045 ตารางกิโลเมตร หรือประมาณ 2,061,278 ไร่ แบ่งเขตการปกครองเป็น 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองระนอง กระบุรี ละอุ่น กะเปอร์ และอำเภอสušาสารายู

ลักษณะกายภาพโดยทั่วไปจังหวัดระนองจังหวัดที่มีพื้นที่มากเป็นอันดับที่ 60 ของประเทศไทย เป็นพื้นที่ราบร้อยละ 14 และภูเขาร้อยละ 86 มีเกาะใหญ่น้อยในทะเลอันดามัน จำนวน 62 เกาะ



รูป 2.4 พื้นที่ศึกษา อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง

2.4.2 สภาพสังคมและเศรษฐกิจของจังหวัดระนอง

จังหวัดระนองมีประชากรรวมทั้งสิ้น 181,754 คน แยกเป็นประชากรชาย 181,754 คน ประชากรหญิง 87,288 คน คิดเป็นความหนาแน่นของประชากรเฉลี่ย 55.11 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักบริหารการทะเบียน, 2553) โดยเมื่อพิจารณาจำนวนประชากรในแต่ละอำเภอพบว่า อำเภอเมืองระนองมีจำนวนประชากรมากที่สุด และมีความหนาแน่นของประชากรต่อตารางกิโลเมตรมากที่สุด (ตาราง 2.4)

ตาราง 2.4 จำนวนประชากรรายอำเภอของจังหวัดระนอง ปี 2553

อำเภอ	จำนวนประชากร (คน)			ความหนาแน่นต่อ ตร.กม.
	ชาย	หญิง	รวม	
จังหวัดระนอง	94,466	87,288	181,754	55.11
อำเภอเมืองระนอง	181,754	32,535	69,456	97.32
อำเภอกระบุรี	21,511	20,189	41,700	53.26
อำเภอกะเปอร์	9,449	8,988	18,437	28.03
อำเภอสุขสำราญ	6,090	5,817	11,907	30.14
อำเภอละอุ่น	5,642	5,225	10,867	14.52

ที่มา : สำนักบริหารการทะเบียน, 2553

ในส่วนการให้บริการด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2551 จังหวัดระนองมีจำนวนโรงพยาบาลของรัฐ 5 แห่ง จำนวนเตียง 404 เตียง สถานีอนามัย 45 แห่ง โดยอัตราส่วนระหว่างบุคลากรทางสาธารณสุขต่อประชากรในจังหวัดระนอง (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระนอง, 2551) คือ แพทย์ 33 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1: 5,508 คน พยาบาล 410 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:443 คน เภสัชกร 27 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:6,732 คน ทันตแพทย์ 13 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:13,981 คน เจ้าพนักงานสาธารณสุข 69 คน อัตราส่วนต่อประชากร เท่ากับ 1:2,634 คน

ในด้านเศรษฐกิจ จังหวัดระนองมีผลิตภัณฑ์มวลรวมจังหวัด (GPP) 16,232 ล้านบาท สาขาการผลิตที่ทำรายได้ให้แก่จังหวัดระนองมากที่สุด คือ สาขาประมงซึ่งเป็นสาขานำในโครงสร้างการผลิตของจังหวัด รองลงมา คือ สาขาการขายส่งการขายปลีก การซ่อมแซมยานยนต์ การค้าบริเวณชายแดน ณ ตำบลศุภกากร จังหวัดระนอง และสาขาการเกษตร ตามลำดับ (สำนักงานพาณิชย์จังหวัดระนอง, 2551) ในส่วนของด้านการค้าชายแดนไทย สหภาพพม่า จุดที่มีการซื้อขาย คือ จุดผ่านแดนถาวรบริเวณท่าเทียบเรือสะพานปลา โดยอยู่ในความดูแลของตำบลศุภกากรระนอง สินค้าส่งออกมีทั้งสินค้าอุปโภค บริโภค สินค้าที่ใช้ในชีวิตประจำวัน สินค้าที่ใช้เป็นเชื้อเพลิง เป็นต้น ส่วนสินค้านำเข้าได้แก่สัตว์น้ำ ถ่านไม้ สินแร่ เป็นต้น(สำนักงานจังหวัดระนอง, 2553)

ด้านอุตสาหกรรมการผลิตที่สำคัญในจังหวัดระนองส่วนใหญ่เป็นโรงงานอุตสาหกรรมที่ต่อเนื่องจากการประมง ซึ่งจัดอยู่ในอุตสาหกรรมการผลิตหมวดอาหาร เช่น โรงงานผลิตน้ำแข็ง โรงงานผลิตปลาป่น โรงงานผลิตอาหารทะเลแช่แข็งและห้องเย็น รองลงมา คือ อุตสาหกรรมหมวดขนส่ง อุตสาหกรรมหมวดไม้และผลิตภัณฑ์จากไม้ โดยส่วนใหญ่โรงงานอุตสาหกรรมเหล่านี้ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง เนื่องจากเป็นเขตที่มีความเจริญ และมีความสะดวกหลายประการ เช่น การคมนาคม การสาธารณูปการต่างๆ (สำนักงานจังหวัดระนอง, 2553)

การประกอบอาชีพของประชากรจังหวัดระนองส่วนใหญ่ได้แก่ การเกษตรกรรม เช่น การทำสวนผลไม้ สวนปาล์มน้ำมัน เป็นต้น และการปศุสัตว์ เช่น โค กระบือ แพะ สุกร เป็นต้น

ด้านแรงงาน จังหวัดระนองมีทั้งแรงงานที่เป็นคนท้องถิ่นภายในประเทศ และเนื่องมาจากตำแหน่งที่ตั้งที่เป็นหนึ่งในพื้นที่ชายแดนระหว่างไทยกับสหภาพพม่า ทำให้มีแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านข้ามฝั่งมาทำงาน ในปี 2551 จังหวัดระนองมีกำลังแรงงานทั้งสิ้น 947,606 คน (สำนักงานจังหวัดระนอง, 2553) และมีแรงงานที่เป็นแรงงานต่างด้าวภายในจังหวัดด้วย จากข้อมูลของกรมการจัดหางาน ปี 2553 ระบุว่าจังหวัดระนองมีจำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับใบอนุญาตเข้าทำงาน 40,212 คน มีจำนวนมากเป็นอันดับที่สามในภาคใต้ รองจากจังหวัดสุราษฎร์ธานีและภูเก็ต ตามลำดับ แบ่งเป็นที่เข้าเมืองอย่างถูกกฎหมาย 188 คน และเข้าเมืองอย่างไม่ถูกกฎหมาย 40,024 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2553) แต่หากระบุเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่เข้ารับการตรวจสุขภาพจากโรงพยาบาลระนองพบว่ามีจำนวน

49,675 คน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดระนอง, 2553) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า มีชาวลาวและชาวกัมพูชาเป็นส่วนน้อย โดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในด้านการประมงต่อเนื่อง การก่อสร้าง และการเกษตร

ภาพรวมของพื้นที่ศึกษาได้แสดงให้เห็นว่ามีความหลากหลายของปัจจัยต่างๆ ที่ดึงดูดให้มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานข้ามชาติจำนวนมากเข้าสู่แต่ละพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยในด้านทำเลที่ตั้ง การเป็นพื้นที่ชายแดนที่ทำให้แรงงานเหล่านั้นสามารถเดินทางข้ามมาได้โดยสะดวก หรือปัจจัยทางด้านการพัฒนาเศรษฐกิจที่ทำให้เกิดความต้องการแรงงานจำนวนมาก

บทที่ 3

ลักษณะทางประชากร สังคมและเศรษฐกิจของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

3.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

3.1.1 เพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มประชากรตัวอย่างมีทั้งหมด 80 คน แยกเป็นเพศชาย 43 คนหรือร้อยละ 54 เพศหญิง 37 คนหรือร้อยละ 46 โดยมีการกระจายตัวตามพื้นที่ศึกษาดังแสดงในตาราง 3.1 สำหรับช่วงอายุ พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างมีอายุระหว่าง 15-44 ปี โดยมีกลุ่มอายุระหว่าง 15-19 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 43) ตามด้วยกลุ่มอายุ 25-29 ปี (ร้อยละ 25) และกลุ่มอายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 18) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 3.2

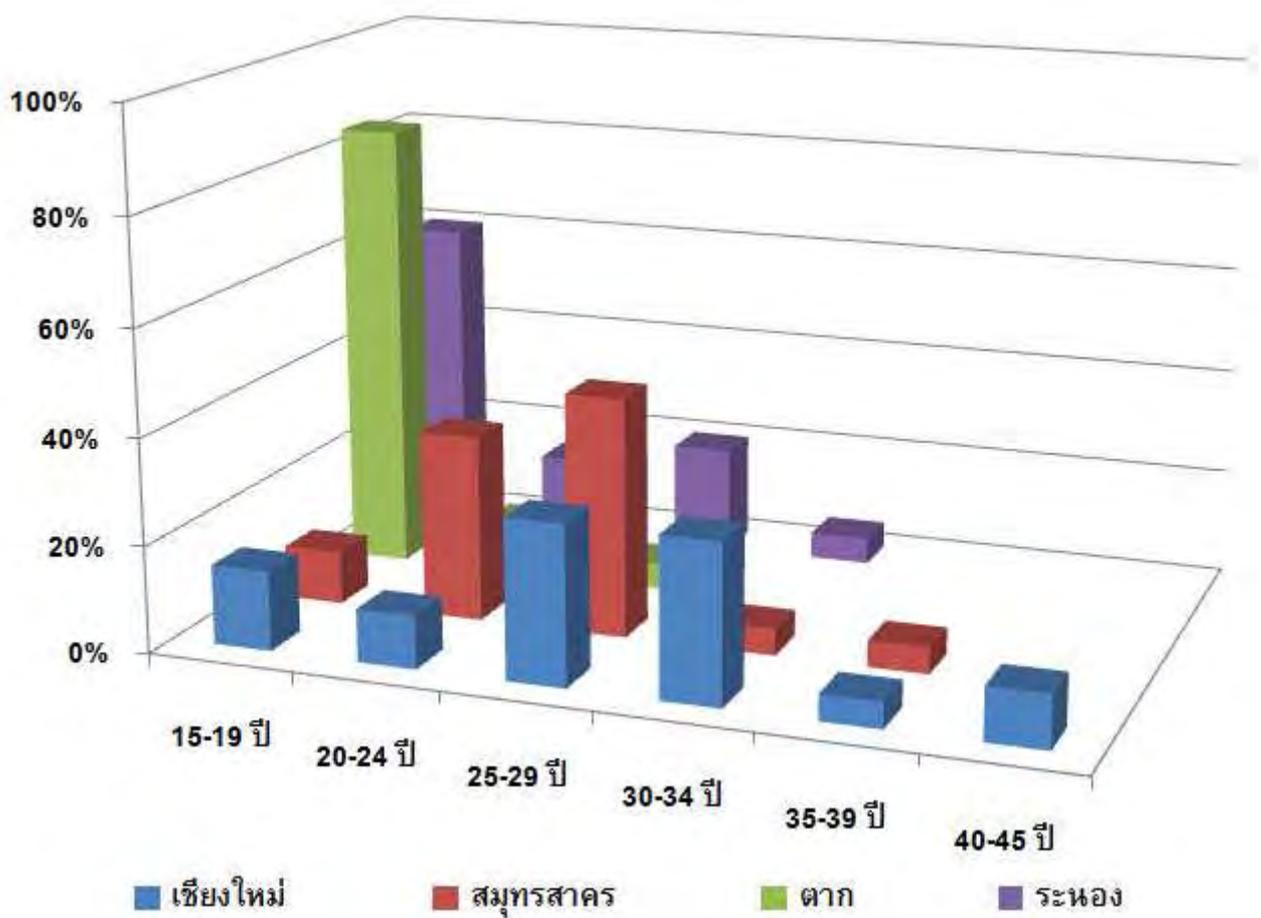
ตาราง 3.1 จำนวนกลุ่มประชากรตัวอย่าง แยกตามเพศและพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา	ประชากรตัวอย่าง					
	ชาย (คน)		หญิง (คน)		รวม (คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่	10	12.50	10	12.50	20	25
อ.เมือง จ.สมุทรสาคร	11	13.75	9	11.25	20	25
อ.แม่สอด จ.ตาก	11	13.75	9	11.25	20	25
อ.เมือง จ.ระนอง	11	13.75	9	11.25	20	25
รวม	43	53.75	37	46.25	80	100

ภาพ 3.1 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรแยกตามเพศและกลุ่มอายุในพื้นที่ศึกษาแต่ละแห่ง โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างของจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-34 ปี กลุ่มตัวอย่างของจังหวัดสมุทรสาครอยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี กลุ่มตัวอย่างของจังหวัดตากและจังหวัดระนองอยู่ในช่วงอายุ 15-19 ปี

ตาราง 3.2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรทั้งหมด แยกตามเพศและกลุ่มอายุ

กลุ่มอายุ (ปี)	ชาย (คน)	ร้อยละ	หญิง (คน)	ร้อยละ	รวม (คน)	ร้อยละ
15-19	18	22.50	16	20.00	34	42.50
20-24	7	8.75	7	8.75	14	17.50
25-29	10	12.5	10	12.50	20	25.00
30-34	4	5.00	4	5.00	8	10.0
35-39	2	2.50	0	0.00	2	2.50
40-44	2	2.50	0	0.00	2	2.50
รวม	43	53.75	37	46.25	80	100.00



รูป 3.1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างประชากรแยกตามเพศและกลุ่มอายุในพื้นที่ศึกษา

3.1.2 สถานที่เกิด

จากนิยามคำว่าทாயาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า ที่หมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และมีพ่อและ/หรือแม่เป็นผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าทั้งที่ ได้รับและไม่ได้รับการขึ้นทะเบียน โดยกลุ่มประชากรดังกล่าวจะต้องเกิดในประเทศไทยหรือย้ายตามพ่อและ/หรือแม่มาตั้งแต่เด็กและเติบโตในประเทศไทย ดังนั้นกลุ่มประชากรตัวอย่างจึงอาจมีสถานที่เกิดในประเทศพม่าหรือในประเทศไทย การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มทாயาทรุ่นที่ 2 ที่เกิดในประเทศไทย 37 คนหรือคิดเป็นร้อยละ 46.25 และเกิดในประเทศพม่า 43 คน คิดเป็นร้อยละ 53.75 โดยในแต่ละพื้นที่ศึกษาพบรูปแบบของสถานที่เกิดที่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 3.3

ตาราง 3.3 สถานที่เกิดของกลุ่มประชากรตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา	เกิดในประเทศไทย		เกิดในประเทศพม่า		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่	9	11.25	11	13.75	20	25
อ.เมือง จ.สมุทรสาคร	2	2.50	18	22.50	20	25
อ.แม่สอด จ.ตาก	17	21.25	3	3.75	20	25
อ.เมือง จ.ระนอง	9	11.25	11	13.75	20	25
รวม	37	46.25	43	53.75	80	100

ในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดระนอง พบกลุ่มประชากรตัวอย่างที่เกิดในประเทศไทยและประเทศพม่าในสัดส่วนใกล้เคียงกัน กลุ่มประชากรตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนมากเกิดในรัฐฉาน ประเทศพม่า ซึ่งประชาชนส่วนใหญ่เป็นชาวไทยใหญ่ และส่วนมากอพยพมาจากบริเวณที่อยู่ตรงข้ามบ้านเทอดไทย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย รวมทั้งจากเชียงใหม่ และเมืองอื่นๆ ของพม่า ในขณะที่กลุ่มประชากรตัวอย่างที่เกิดในประเทศไทยส่วนใหญ่เกิดในจังหวัดเชียงรายที่บ้านเทอดไทย อำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย ส่วนกลุ่มประชากรตัวอย่างที่เกิดในจังหวัดเชียงใหม่ เกิดในอำเภอแม่เมาะและอำเภอฝาง (ตาราง 3.4) ส่วนกลุ่มประชากรตัวอย่างในจังหวัดระนอง มีสัดส่วนของประชากร

ตัวอย่างที่เกิดในประเทศพม่ามากกว่าที่เกิดในประเทศไทยเล็กน้อย โดยกลุ่มประชากรตัวอย่างที่เกิดในพม่าเกิดที่เมืองทวาย ซึ่งอยู่ในเขตตะนาวศรีที่มีพรมแดนติดกับจังหวัดระนอง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เกิดในประเทศไทยเกิดในจังหวัดระนองทั้งหมด (ตาราง 3.5)

ตาราง 3.4 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่

ประเทศ	สถานที่เกิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไทย	จังหวัดเชียงราย	7	35
	จังหวัดเชียงใหม่	2	10
พม่า	รัฐฉาน	10	50
	ไม่ระบุ	1	5
	รวม	20	100

ตาราง 3.5 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง

ประเทศ	สถานที่เกิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไทย	จังหวัดระนอง	9	45
พม่า	รัฐทวาย	10	50
	ย่างกุ้ง	1	5
	รวม	20	100

สำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างในจังหวัดตาก พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) เกิดในประเทศไทยในพื้นที่ศึกษาคือ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่เกิดในประเทศพม่านั้นอพยพมาจากเมืองผะอั้นและพะวารา (ตาราง 3.6) ส่วนกลุ่มประชากรตัวอย่างในจังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) มาจากประเทศพม่า โดยเฉพาะจากรัฐมอญซึ่งส่วนใหญ่มาจากเมืองมะละแหม่ง หรือที่เรียกว่าเมืองเมะลำไย รวมทั้งจากเมืองทวายและรัฐกระเหรี่ยง ในขณะที่กลุ่มประชากรตัวอย่างที่เกิดในประเทศไทย เกิดที่จังหวัดเพชรบุรีและตราด แล้วอพยพย้ายเข้าสู่จังหวัดสมุทรสาครตามครอบครัวและเพื่อมาทำงาน (ตาราง 3.7)

ตาราง 3.6 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

ประเทศ	สถานที่เกิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไทย	อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก	12	60
	อำเภออื่นๆ ในจังหวัดตาก	5	25
พม่า	รัฐกะเหรี่ยง	1	5
	ไม่ระบุ	2	10
	รวม	20	100

ตาราง 3.7 สถานที่เกิดของประชากรตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ประเทศ	สถานที่เกิด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไทย	จังหวัดเพชรบุรี	1	5
	จังหวัดตราด (อำเภอบ่อไร่)	1	5
พม่า	รัฐมอญ	14	70
	รัฐทวาย	2	10
	รัฐกะเหรี่ยง	1	5
	ไม่ระบุ	1	5
	รวม	20	100

3.1.3 สถานภาพการสมรส การจดทะเบียนสมรส และการมีบุตร

จะเห็นได้ว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างทั้งหมดอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ และเมื่อพิจารณาจากสถานภาพการสมรส พบว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างร้อยละ 59 เป็นโสด ร้อยละ 39 สมรสแล้ว และมีเพียงร้อยละ 2 ที่หย่าร้าง เมื่อพิจารณากลุ่มที่สมรสหรือเคยสมรส พบว่าส่วนใหญ่แต่งงานเมื่ออายุน้อย โดยร้อยละ 60 ของผู้ที่สมรสหรือเคยสมรส แต่งงานตอนอายุ 20 ปีหรือน้อยกว่า และในจำนวนนี้เกือบร้อยละ 70 แต่งงานก่อนอายุ 18 ปี อย่างไรก็ตามผู้ที่สมรสหรือเคยสมสร้อยละ 82 ไม่ได้จดทะเบียนสมรสเพราะไม่อยู่ในสถานภาพที่สามารถจดทะเบียนสมรสได้ตามกฎหมาย

สำหรับจำนวนบุตรที่มีนั้น พบว่าในกลุ่มประชากรที่สมรสหรือเคยสมรสนั้น ร้อยละ 21 ไม่มีลูก ร้อยละ 48 มีลูกคนเดียว ร้อยละ 27 มีลูกสองคน และร้อยละ 3 มีลูกสามคน อย่างไรก็ตาม จำนวนบุตรที่มีนั้นเป็นเพียงการสะท้อนภาพ ณ ช่วงเวลาที่ทำการเก็บข้อมูล และเนื่องจากการที่กลุ่มประชากรยังอายุก่อนข้างน้อยและยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ จึงมีความเป็นไปได้สูงที่จะมีบุตรหรือมีจำนวนบุตรเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต

3.2 ลักษณะทางสังคมของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

3.2.1 สถานภาพทางกฎหมาย

เมื่อพิจารณาสถานภาพทางกฎหมายตามลักษณะของบัตรหรือเอกสารแสดงตนของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ที่เป็นกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่าสามารถแยกประเภทของบัตรออกได้เป็น 5 ประเภทใหญ่ๆ ดังนี้

1) บัตรประจำตัวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน (บัตร 10 ปี) เป็นบัตรตามประกาศกระทรวงมหาดไทยเรื่อง การขออนุญาตให้คนต่างด้าวบางจำพวกเข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราว เพื่อรอการส่งกลับและกำหนดพื้นที่ควบคุม ลงวันที่ 1 ตุลาคม 2552 และเป็นคนต่างด้าวตามมาตรา 13(2) แห่งพระราชบัญญัติการทำงานของคนต่างด้าว พ.ศ. 2551 เข้ามาอยู่ในราชอาณาจักรโดยไม่ได้รับอนุญาตตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง แต่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง ซึ่งผู้ที่ถือบัตรนี้สามารถขอรับใบอนุญาตทำงานได้

2) หนังสือเดินทาง เป็นเสมือนหนังสือแสดงตัวที่ถูกต้องตามกฎหมายว่าบุคคลดังกล่าวถือสัญชาติอะไรและเข้ามาในประเทศไทยด้วยวัตถุประสงค์ใด หากเป็นในกรณีของแรงงานพมานั้นถ้าเข้ามาทำงาน แม้จะมีหนังสือเดินทางแต่ก็ต้องขอใบอนุญาตทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมายถึงจะสามารถทำงานได้ การผลักดันให้แรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะที่จากพม่าเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์สัญชาติและมีหนังสือเดินทางที่ถูกต้องเป็นมาตรการสำคัญที่รัฐบาลไทยได้นำมาใช้เพื่อให้แรงงานเหล่านั้นมีสถานภาพการทำงานที่ถูกต้องตามกฎหมาย ปัจจุบันรัฐบาลไทยได้ขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติของแรงงานต่างด้าวไป

จนถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2555 อย่างไรก็ตาม การพิสูจน์สัญชาตินั้นอาจทำได้ยากในกรณีของคนพลัดถิ่น คนไร้รัฐ หรือบุคคลที่อพยพมาจากเขตพม่าแต่ไม่ใช่คนพม่า และรัฐบาลพม่าไม่รับรองการมีตัวตน ซึ่งปัญหาดังกล่าวจึงต้องนำมาพิจารณาเพื่อหาทางแก้ไขต่อไป

3) บัตร ทร.38/1 หรือแบบรับรองทะเบียนราษฎรชั่วคราวสำหรับคนต่างด้าว ในกลุ่มคนต่างด้าวที่ได้รับการสำรวจเมื่อ พ.ศ. 2547 ซึ่งคนกลุ่มนี้ยังไม่สามารถจะดำเนินการเรื่องสถานะบุคคลได้ เพราะในทางทะเบียนถือว่าคนกลุ่มนี้ เพิ่งจะเข้ามาในเมืองไทย และอยู่ในเมืองไทยในฐานะแรงงาน มีสิทธิอยู่อาศัยในเมืองไทยในฐานะแรงงานและเมื่อครบกำหนดวันที่ที่ลงในใบ ทร. 38/1 ก็จะต้องถูกผลักดันออกนอกราชอาณาจักร เว้นแต่รัฐบาลจะมีนโยบายขยายระยะเวลาให้อยู่อาศัยในเมืองไทย

4) ใบอนุญาตทำงาน คือใบที่ยื่นขอโดยนายจ้างเพื่อขออนุญาตให้แรงงานต่างด้าวทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย โดยใบอนุญาตทำงานจะระบุชื่อนายจ้าง ที่อยู่ที่ทำงาน และประเภทกิจการที่ทำ โดยผู้ที่ยื่นขอใบอนุญาตทำงานได้นั้น ต้องผ่านการตรวจสุขภาพและการทำประกันสุขภาพ โดยปกติแรงงานต่างด้าวที่มาจากขึ้นทะเบียนสามารถทำงานอยู่ในประเทศไทยได้ 2 ปี และต่ออายุได้อีก 2 ปี ทั้งนี้ตามขั้นตอนการรับแรงงานต่างด้าวนั้น ทางเจ้าของสถานประกอบการต้องเปิดรับสมัครคนไทยก่อนเป็นเวลา 7 วัน หากยังขาดอยู่เป็นจำนวนเท่าไร จึงจะสามารถเปิดรับคนต่างด้าวได้

5) บัตรประจำตัวผู้ไม่ได้รับสัญชาติไทย เป็นบัตรที่ออกโดยกรมการปกครองไทย โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายการทะเบียนราษฎรเพื่อรับรองว่า บุคคลดังกล่าวมีสถานะเป็นราษฎรไทยประเภทคนต่างด้าวซึ่งมีสิทธิอาศัยในประเทศไทย

ตาราง 3.8 แสดงประเภทของบัตรหรือเอกสารแสดงตนของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษา โดยจะเห็นได้ว่า ร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ถือบัตรประจำตัวผู้ไม่ได้รับสัญชาติไทย และที่เหลืออีกร้อยละ 25 ไม่มีบัตรใดๆ ส่วนที่อำเภอเมืองสมุทรสาครนั้นร้อยละ 90 ได้รับการขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตทำงาน ร้อยละ 5 อยู่ระหว่างการทำใบอนุญาตทำงาน และอีกร้อยละ 5 มีหนังสือเดินทาง ส่วนที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก พบว่าร้อยละ 45 ถือบัตรประจำตัวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน ร้อยละ 15 มีใบอนุญาตทำงาน และร้อยละ 40 ไม่มีบัตรใดๆ ส่วนที่อำเภอเมืองระนอง

ร้อยละ 65 มีใบอนุญาตทำงาน ร้อยละ 5 อยู่ระหว่างการขออนุญาตทำงาน ร้อยละ 15 มีบัตรท.38/1 ร้อยละ 10 ไม่มีบัตร และร้อยละ 5 มีหนังสือเดินทาง

ตาราง 3.8 ประเภทของบัตรหรือเอกสารแสดงตนของกลุ่มตัวอย่างแยกตามพื้นที่ศึกษา

บัตร/เอกสาร แสดงตน	พื้นที่ศึกษา (ร้อยละ)			
	เชียงใหม่	สมุทรสาคร	ตาก	ระนอง
บัตรประจำตัวผู้ไม่มีสถานะทางทะเบียน	-	-	45	-
หนังสือเดินทาง	-	5	-	5
บัตรท. 38/1	-	-	-	15
ใบอนุญาตทำงาน	-	90	15	65
อยู่ระหว่างการทำใบอนุญาตทำงาน	-	5	-	5
บัตรประจำตัวผู้ไม่ได้รับสัญชาติไทย	75	-	-	-
ไม่มีบัตร	25	-	40	10
รวม	100	100	100	100

3.2.2 การศึกษา

ผลการศึกษาในเรื่องการศึกษาหรือการรู้หนังสือพบว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างที่ได้เรียนและไม่ได้เรียนหนังสือมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน โดยมีสัดส่วนของผู้ที่ได้เรียนหนังสือสูงกว่าผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือเล็กน้อย นั่นคือร้อยละ 51 และร้อยละ 49 ตามลำดับ โดยเมื่อแยกพิจารณาตามพื้นที่ศึกษาพบว่า สัดส่วนของกลุ่มประชากรตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือสูงสุดพบที่จังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ 70) ตามด้วยจังหวัดสมุทรสาคร (ร้อยละ 60) จังหวัดระนอง (ร้อยละ 50) และจังหวัดตาก (ร้อยละ 15) ตามลำดับ และหากแยกพิจารณาตามสถานที่เกิดแล้วพบว่า ร้อยละ 70 ของผู้ที่เกิดในประเทศไทยได้เรียนหนังสือ ในขณะที่ผู้ที่เกิดในประเทศพม่าและย้ายมาประเทศไทยที่ได้เรียนหนังสือมีเพียงร้อยละ 35

3.2.3 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทย

ผลการศึกษาค้นพบว่า ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 89 ของกลุ่มประชากรตัวอย่างสามารถพูดและฟังภาษาไทยที่ใช้ทั่วไปในชีวิตประจำวันได้ ทั้งนี้พบว่าแทบไม่มีความแตกต่างของความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยระหว่างผู้ที่เคยและไม่เคยเรียนหนังสือ โดยพบว่าผู้ที่เคยเรียนหนังสือสามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารคิดเป็นร้อยละ 90 ในขณะที่ผู้ที่ไม่เคยเรียนหนังสือสามารถใช้ภาษาไทยในการสื่อสารคิดเป็นร้อยละ 87 นอกจากนี้ยังพบว่าการเกิดในประเทศไทยส่งผลให้กลุ่มประชากรตัวอย่างสามารถสื่อสารได้ดีกว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างที่เกิดในประเทศพม่าและย้ายมาประเทศไทยตอนเป็นเด็ก อย่างไรก็ตามความแตกต่างดังกล่าวมีไม่มากนัก กล่าวคือผู้ที่เกิดในประเทศไทยและสามารถใช้สื่อสารภาษาไทยได้อยู่ที่ร้อยละ 92 ในขณะที่ผู้ที่เกิดในประเทศพม่าและย้ายมาประเทศไทยตั้งแต่เด็กสามารถใช้สื่อสารภาษาไทยได้คิดเป็นร้อยละ 86 โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนเหล่านี้สามารถใช้สื่อสารภาษาไทยได้ ได้แก่ ระยะเวลาของการอยู่อาศัยในประเทศไทยและลักษณะของการอยู่อาศัยและลักษณะของการประกอบอาชีพ เช่น การอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีคนไทย ความจำเป็นในการเรียนรู้ภาษาไทยในการซื้อสิ่งของจำเป็นในชีวิตประจำวัน และการติดต่อสื่อสารกับนายจ้างรวมถึงเพื่อนร่วมงานที่เป็นคนไทย

3.2.4 สิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยและสภาพความเป็นอยู่

เนื่องจากความแตกต่างของทำเลที่ตั้งในแต่ละพื้นที่ศึกษา จึงขอวิเคราะห์ลักษณะของสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยและสภาพความเป็นอยู่แยกตามแต่ละพื้นที่ ดังนี้

อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ของอำเภอแม่เมาะ อาศัยอยู่ในหมู่บ้านโดยสร้างบ้านกระจุกตัวกันอยู่ในหมู่บ้านแฝงอยู่กับหมู่บ้านของคนไทยท้องถิ่น เป็นบ้านที่ไม่มีเลขที่ เช่นในกรณีของหมู่บ้านหนึ่ง มีจำนวนหลังคาเรือน (รวมบ้านที่ไม่มีเลขที่) ทั้งสิ้นสูงถึง 1,559 หลังคาเรือน โดยมีสถิติประชากรที่อยู่ในทะเบียนบ้านของกรมการปกครองทั้งสิ้น 5,950 คน แต่มีประชากรแฝงซึ่งได้แก่ประชากรต่างด้าวอีกประมาณ 1,500 คน ลักษณะที่พักอาศัยมีลักษณะกึ่งถาวรและถาวร มีการใช้อิฐ

บล็อกจากผนังบ้าน ส่วนหลังคาอาจเป็นกระเบื้องลอนหรือวัสดุไม้อาวรรจำพวก หญ้าคา ซึ่งวัสดุในการก่อสร้างขึ้นอยู่กับสถานะทางการเงินของแต่ละครัวเรือน (รูป 3.2) ร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่สายมีบ้านเป็นของตัวเอง และมีเพียงร้อยละ 5 ที่พักกับนายจ้างโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ส่วนการมีห้องน้ำนั้น ร้อยละ 15 ไม่มีห้องน้ำในบริเวณที่พักอาศัย โดยใช้รวมกันกับบ้านญาติที่อยู่ใกล้กัน

สำหรับสภาพความเป็นอยู่และสุขอนามัยโดยรวมนั้น กลุ่มทายาทรุ่นที่สองไม่ค่อยมีความแตกต่างจากคนไทยพื้นเมืองที่อาศัยอยู่ในละแวกเดียวกัน ในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละครั้ง (ร้อยละ 55) หรือ 2 ครั้ง (ร้อยละ 40) ขึ้นอยู่กับสภาพอากาศในแต่ละฤดูกาล ช่วงที่อากาศหนาวก็อาบน้ำเพียงวันละครั้ง ช่วงที่อากาศร้อนอบอ้าวก็อาบน้ำวันละ 2-3 ครั้ง ร้อยละ 40 ของกลุ่มตัวอย่างสระผมวันละครั้ง และอีกร้อยละ 30 สระผมสองถึงสามวันต่อครั้ง การทำความสะอาดบ้าน (ปัด กวาด เช็ด ถู) พบว่าส่วนใหญ่ทำความสะอาดทุกวัน (ร้อยละ 85) เช่นเดียวกับการซักผ้าทุกวัน (ร้อยละ 75) สำหรับการทำความสะอาดเครื่องนอนนั้น ร้อยละ 55 ทำความสะอาดทุกอาทิตย์ และร้อยละ 20 ทำความสะอาดทุกสองอาทิตย์ ส่วนเรื่องการจัดขยะนั้น ส่วนใหญ่มีการจัดการขยะกันเองคือมีการเผาขยะ ขุดหลุมฝังกลบ และมีบางส่วนที่ทิ้งขยะตามป่าหรือริมแม่น้ำ

อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ของอำเภอแม่สอด อาศัยอยู่ในชุมชนต่าง ๆ ซึ่งชุมชนเหล่านี้มีอยู่เป็นจำนวนมากในอำเภอแม่สอดซึ่งมีชาวต่างด้าวอาศัยอยู่หลายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกิดในประเทศไทยและอยู่อาศัยในชุมชนมาเป็นระยะเวลาไม่นาน ลักษณะที่พักอาศัยมักเป็นบ้านที่สร้างจากวัสดุถาวรหรือกึ่งถาวร (รูป 3.3) ร้อยละ 25 ของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่สอดอาศัยอยู่บ้านเช่า ร้อยละ 10 พักอาศัยอยู่กับนายจ้างในลักษณะของบ้านพักเรือนแถวสำหรับคนงาน และอีกร้อยละ 65 มีบ้านของตัวเอง และครึ่งหนึ่งในจำนวนนี้ต้องจ่ายค่าเช่าที่ดินเพื่อปลูกบ้าน สำหรับเรื่องห้องน้ำนั้น ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างใช้ห้องน้ำร่วมกับกับครัวเรือนอื่นที่อยู่ใกล้กัน ร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีห้องน้ำติดกับห้องพัก โดยต้องใช้ห้องน้ำของโรงงานเฉลี่ย 1 ห้องน้ำต่อห้องพัก 10 ห้อง ส่วนเรื่องค่าใช้จ่ายด้านที่พักอาศัยนั้น ร้อยละ 37 เสียค่าเช่าที่พัก โดยเสียค่าเช่าที่พักเป็นเงิน 200-1,500 บาท ร้อยละ 19 เสียเฉพาะค่าน้ำ-ค่าไฟ และร้อยละ 44 เสียเฉพาะค่าเช่าที่ดิน เป็นเงิน 200-360 บาทต่อเดือน



รูป 3.2 ลักษณะที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่เอย



รูป 3.3 ลักษณะที่พักอาศัยแบบกึ่งถาวรสร้างจากไม้และไม้ไผ่ในอำเภอแม่สอด

สำหรับสภาพความเป็นอยู่และสุขอนามัยโดยรวมนั้น ในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 85) หรือ 3 ครั้ง (ร้อยละ 15) ร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างสระผมสองถึงสามวันต่อครั้ง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ทำความสะอาดบ้าน (ปัด กวาด เช็ด ถู) ทุกวัน ส่วนเรื่องการซักผ้านั้น ส่วนหนึ่งซักผ้าทุกวัน (ร้อยละ 40) บางส่วนซักผ้าทุกๆ 2-3 วัน (ร้อยละ 35) หรือซักอาทิตย์ละครั้ง (ร้อยละ 15) มีอีกร้อยละ 5 ที่จ้างคนซักผ้า สำหรับการทำความสะอาดเครื่องนอนนั้น ร้อยละ 55 ทำความสะอาดทุกอาทิตย์หรือบ่อยกว่านั้น ร้อยละ 25 ทำความสะอาดทุกสองอาทิตย์ ร้อยละ 10 ทำความสะอาดเดือนละครั้ง และอีกร้อยละ 5 ทำความสะอาดสามเดือนครั้ง ส่วนเรื่องการจัดขยะนั้น ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) ที่รวมกับคนอื่นๆ แล้วมีรถขนขยะของเทศบาลมาจัดการเก็บขยะ ซึ่งในอำเภอแม่สอดนั้นมักมีเด็กต่างตัวเร่ร่อนหรือเด็กพม่าที่ข้ามมาฝั่งไทยแบบเข้ามาเป็นกลับและมารื้อค้นขยะเพื่อหาของเก่าต่างๆ ไปขายต่ออีกที (รูป 3.4) นอกจากนี้แล้วมีกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ที่เผาขยะเอง



รูป 3.4 เด็กผู้ชายซึ่งเป็นภาพที่เห็นอยู่ทั่วไปในอำเภอแม่สอด

อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

กลุ่มประชากรตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร มีหลากหลายรูปแบบที่พบมากคือการเช่าห้องพักร่วมกันหลายๆ คน โดยคิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในอำเภอเมืองสมุทรสาคร ร้อยละ 5 อาศัยอยู่บ้านเช่า อีกร้อยละ 15 อาศัยอยู่กับนายจ้าง ซึ่งในกรณีของผู้ที่อาศัยอยู่กับนายจ้างนั้นอาจอาศัยอยู่ที่บ้านนายจ้าง หรืออาศัยอยู่ในล้งหรือโรงงานขนาดเล็กที่เป็นอุตสาหกรรมในครัวเรือนในกลุ่มอาชีพประมงต่อเนื่อง ลักษณะของที่พักร่วมกันจะเป็นห้องเล็กๆ อาศัยอยู่ร่วมกันหลายคน ส่วนใหญ่มีห้องน้ำในตัวเพราะหนึ่งห้องมักอาศัยอยู่กันหลายคน โดยเฉลี่ยประมาณ 6-10 คนต่อห้อง มีเพียงร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีห้องน้ำแยกออกไปและต้องใช้ร่วมกับห้องพักร่วมกันอื่นๆ ลักษณะที่พักร่วมกันส่วนใหญ่มีลักษณะถาวร เป็นอาคารคอนกรีตที่แบ่งเป็นห้องเช่า หลังคาเป็นกระเบื้องลอน (รูป 3.5) โดยร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาครต้องเสียค่าเช่าที่พัก โดยมีค่าที่พักเฉลี่ย 1,500 บาทต่อเดือน



รูป 3.5 ลักษณะที่พิกาศัยของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร

สำหรับสภาพความเป็นอยู่และสุขอนามัยโดยรวมนั้น ในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย ส่วนใหญ่อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง (ร้อยละ 85) หรือ 3 ครั้ง (ร้อยละ 15) ซึ่งเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่พบที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างสระผมทุกวัน และอีกร้อยละ 45 ที่สระผมสองถึงสามวันต่อครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดบ้าน (ปัด กวาด เช็ด ถู) ทุกวัน (ร้อยละ 95) ส่วนเรื่องการซักผ้า นั้น ส่วนใหญ่ซักผ้าทุกวัน (ร้อยละ 70) บางส่วนซักผ้าทุกๆ 2-3 วัน (ร้อยละ 25) สำหรับการทำความสะอาดเครื่องนอนนั้น ร้อยละ 70 ทำความสะอาดทุกอาทิตย์หรือบ่อยกว่านั้น ร้อยละ 15 ทำความสะอาดทุกสองอาทิตย์ ร้อยละ 10 ทำความสะอาดเดือนละครั้ง ส่วนเรื่องการจัดขยะนั้นพบรูปแบบเดียวกันกับที่อำเภอแม่สอด นั่นคือ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90) ที่ทิ้งขยะลงแม่น้ำที่ทิ้งขยะสาธารณะ แล้วมีรถขนขยะของเทศบาลมาจัดการเก็บขยะ และมีอีกร้อยละ 10 ที่ทิ้งขยะลงแม่น้ำ (รูป 3.6)



รูป 3.6 การทิ้งขยะจากที่พักอาศัยลงในแม่น้ำที่สมุทรสาคร

อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง

กลุ่มประชากรตัวอย่างในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง ส่วนใหญ่มักจะอยู่เป็นห้องเช่า หรือบ้านเช่า โดยมีกลุ่มคนไทย เพราะส่วนใหญ่คนไทยเป็นเจ้าของที่ดินของห้องเช่าหรือบ้านเช่า ในกรณีที่เป็นห้องเช่า บางแห่งก็จะมีห้องน้ำในตัว บางแห่งก็เป็นห้องน้ำรวมใช้ร่วมกัน

ระหว่างผู้เช่า ลักษณะที่พักอาศัยส่วนใหญ่มีลักษณะถาวรและกึ่งถาวร เป็นอาคารคอนกรีตที่แบ่งเป็นห้องเช่า หลังคาเป็นกระเบื้องลอน (รูป 3.7)

สำหรับสภาพความเป็นอยู่และสุขอนามัยโดยรวมนั้น ในเรื่องการรักษาความสะอาดของร่างกาย ร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่างอาบน้ำวันละครั้ง ร้อยละ 70 อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง และร้อยละ 20 อาบน้ำวันละสามครั้ง นอกจากนี้แล้ว ร้อยละ 20 สระผมวันละครั้ง ร้อยละ 75 สระผมสองถึงสามวันต่อครั้ง และมีอีกร้อยละ 5 ที่สระผมอาทิตย์ละครั้ง ส่วนเรื่องการทำความสะอาดบ้าน (ปัด กวาด เช็ด ถู) นั้นพบว่าร้อยละ 55 ทำความสะอาดบ้านทุกวัน และอีกร้อยละ 20 ทำความสะอาดบ้าน 2-3 วันต่อครั้ง ส่วนการซักผ้า นั้น ร้อยละ 70 ซักผ้าทุกวัน และอีกร้อยละ 30 ซักผ้าอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง สำหรับการทำความสะอาดเครื่องนอนนั้น ร้อยละ 60 ทำความสะอาดทุกอาทิตย์ และร้อยละ 25 ทำความสะอาดทุกสองอาทิตย์ ส่วนเรื่องการจัดขยะนั้น ส่วนใหญ่ที่รวมกับคนอื่น ๆ ในที่ทิ้งขยะสาธารณะ แล้วมีรถขนขยะของเทศบาลมาเก็บ (รูป 3.8) ซึ่งปัญหาที่พบในชุมชนที่มีต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากคือ มีจำนวนถังขยะไม่เพียงพอต่อความต้องการ และนอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ที่ทิ้งขยะลงแม่น้ำ

3.3 ลักษณะทางเศรษฐกิจของกลุ่มประชากรตัวอย่าง

3.3.1 ลักษณะการประกอบอาชีพและสภาพแวดล้อมที่ทำงาน

เนื่องจากความแตกต่างของทำเลที่ตั้งในแต่ละพื้นที่ศึกษา จึงขอวิเคราะห์ลักษณะการประกอบอาชีพและสภาพแวดล้อมที่ทำงานแยกตามแต่ละพื้นที่ ดังนี้



รูป 3.7 ลักษณะที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองระนอง



รูป 3.8 ถังขยะสาธารณะในชุมชนที่มีต่างด้าวอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองระนอง

อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปในภาคการเกษตร นั่นคือ การรับจ้างทำงานตามสวน ไร่ นา ทั้งในไร่ นา ของชาวบ้านที่เป็นคนท้องถิ่นและจากนายทุน เช่น การรับจ้างปลูกหอม กระเทียม พริก ข้าวโพด และโดยเฉพาะการทำงานในไร่ส้ม ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งที่ไม่ได้ประกอบอาชีพนั้น (ร้อยละ 25) พบว่าเคยทำงานรับจ้างทั่วไปในภาคการเกษตรเช่นกัน แต่เป็นสตรีในวัยเจริญพันธุ์ที่ตั้งครรภ์หรือมีลูกเล็กที่จะต้องเลี้ยงดูทำให้ต้องเลิกทำงานเพื่อมาเลี้ยงลูก และบางรายอาจรับงานมาทำที่บ้าน เช่น การแกะหอมและกระเทียม เป็นต้น และมีเพียงร้อยละ 5 ของกลุ่มตัวอย่างที่รับจ้างทั่วไปในภาคบริการอื่นๆ

สำหรับสภาพแวดล้อมที่ทำงานนั้นเป็นการทำงานในภาคการเกษตร ในไร่ นา สวน โดยเฉพาะสวนส้มซึ่งอยู่ไม่ไกลจากบริเวณที่พักอาศัย ส่วนการรับจ้างทั่วไปในภาคเกษตรส่วนใหญ่ ก็จะเป็นการรับจ้างในหมู่บ้าน หรือละแวกใกล้เคียง (รูป 3.9)



รูป 3.9 อาชีพรับจ้างทั่วไปในภาคการเกษตรที่อำเภอแม่สาย

อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

สำหรับรูปแบบการทำงานที่พบของกลุ่มประชากรตัวอย่างในอำเภอแม่สอด จังหวัดตากนั้นพบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 65) ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นการรับจ้างเฝ้าร้านค้าในตลาด การทำงานในโรงงานต่างๆ เช่น โรงงานเย็บผ้า โรงงานทำเฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่ากลุ่มประชากรตัวอย่างส่วนหนึ่งประกอบอาชีพรับจ้างรายวัน และมีแนวโน้มที่จะมองหาช่องทางขยับขยายเพื่อเคลื่อนย้ายไปทำงานในจังหวัดอื่นๆ ของประเทศต่อไป นอกจากนี้ร้อยละ 5 ของกลุ่มประชากรตัวอย่างทำงานเป็นอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานขององค์กรเอกชนต่างๆ ที่มีอยู่หลายหน่วยงานในอำเภอแม่สอด ในขณะที่อีกร้อยละ 30 อยู่ในช่วงการเปลี่ยนงานและมองหางานใหม่

สำหรับสภาพแวดล้อมที่ทำงานนั้น เนื่องจากส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขาย มักจะทำงานอยู่บริเวณตลาดสด ย่านชุมชน หรือตลาดริมเมย ส่วนกลุ่มที่ทำงานโรงงานมักจะอาศัยอยู่ไม่ไกลจากโรงงาน และเดินทางไปทำงานโดยการเดิน หรือขี่จักรยาน มีบางกรณีที่มีรถของโรงงานมารับถึงบ้าน และกลุ่มที่เป็นอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานขององค์กรเอกชนจะเป็นการทำงานในห้อง ในตึก และมีการออกพื้นที่ไปในชุมชนต่างตัว หรือที่อื่นๆ ขึ้นอยู่กับลักษณะของงาน

อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

ประมาณครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 50 ของกลุ่มประชากรตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ประกอบอาชีพรับจ้างในภาคการประมงและประมงต่อเนื่อง ทั้งในโรงงานขนาดใหญ่และขนาดเล็ก เช่น การออกเรือประมง การแกะกุ้ง การแลปลา การคัดปลาหมึก เป็นต้น อีกร้อยละ 25 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานเป็นอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานองค์กรเอกชน เช่น เป็นพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ (พสต.) ล่ามของโรงพยาบาล และอาสาสมัครตามองค์กรเอกชนต่างๆ อีกร้อยละ 15 รับจ้างค้าขาย ร้อยละ 5 ทำงานในโรงงาน และอีกร้อยละ 5 รับจ้างทั่วไป ทั้งนี้เห็นได้ว่ากลุ่มประชากรทั้งหมดมีงานทำและได้ค่าตอบแทนที่เจ้าตัวค่อนข้างพึงพอใจ เนื่องจากจังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่มีการกำหนดอัตราขั้นต่ำของการจ้างแรงงานต่างด้าวสะท้อนให้เห็นถึงการจ้างแรงงานต่างด้าวที่เป็นระบบและถือเป็นแหล่งจ้างงานใหญ่ของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย โดยเฉพาะงานในภาคการประมงและประมงต่อเนื่อง

สำหรับสภาพแวดล้อมที่ทำงานนั้น ในกลุ่มที่รับจ้างในภาคการประมงต่อเนื่อง มักทำงานในพื้นที่จำกัด และอยู่กันอย่างแออัด (รูป 3.10) บางรายต้องตื่นแต่เช้ามืดเพื่อให้ทันทำงานในกะเช้า เสร็จงานตอนสายๆ ส่วนใหญ่มักกลับไปพักยังที่พักและเริ่มงานกะเย็นอีกครั้งในช่วงเย็น หลายคนทำงานในโรงงานขนาดเล็กคล้ายอุตสาหกรรมในครัวเรือนที่มีลักษณะเฉพาะตัวที่เรียกกันว่า “ล้ง” ซึ่งพบมากและถือเป็นลักษณะเฉพาะของจังหวัดสมุทรสาคร ส่วนกลุ่มที่รับจ้างในภาคการประมงนั้นต้องอาศัยอยู่ในเรือประมงเป็นระยะเวลาช้านาน ส่วนกลุ่มที่ประกอบอาชีพค้าขายส่วนใหญ่เป็นร้านค้าตามตลาดในชุมชนต่างๆ



รูป 3.10 งานในภาคประมงต่อเนื่องที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร

อำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง

กลุ่มประชากรตัวอย่างที่พบในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง มีการประกอบอาชีพที่ค่อนข้างหลากหลายกว่าที่พบในจังหวัดอื่นๆ ที่ศึกษา โดยมีสัดส่วนการทำงานในภาคต่างๆ เท่ากัน (ร้อยละ 20) ทั้งการรับจ้างทั่วไป การทำงานโรงงาน รับจ้างในภาคประมงต่อเนื่อง และการเป็นอาสาสมัครหรือเจ้าหน้าที่ในองค์กรเอกชน นอกจากนี้ยังมีอีกร้อยละ 10 ที่รับจ้างค้าขายและร้อยละ 10 ที่ไม่มีงานทำ (ส่วนหนึ่งออกมาเลี้ยงดูลูก)

สำหรับสภาพแวดล้อมที่ทำงานนั้น ในกลุ่มที่ทำงานในภาคประมงต่อเนื่องในโรงงาน เช่น การทำถังไม้บรรจุอาหารทะเล แล่ปลา ห้องเย็น เป็นต้น โรงงานมักมีที่พักให้ในบริเวณโรงงาน แต่แยกออกจากส่วนของโรงงาน ส่วนร้านค้าต่างๆ มีทั้งแบบให้คนงานนอนเฝ้าที่ร้าน ไม่มีห้องพักแยกให้จากตัวร้านค้า หรือให้แรงงานพักอาศัยอยู่กับนายจ้าง มีแรงงานบางส่วนที่เดินทางไปกลับจากบ้านและที่ทำงานโดยรถโดยสารประจำทาง

3.3.2 การขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง

การศึกษาครั้งนี้พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่ขึ้นทะเบียนกับนายจ้างและไม่ขึ้นทะเบียนกับนายจ้างในสัดส่วนที่เท่ากัน แต่เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสมุทรสาคร มีการขึ้นทะเบียนกับนายจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครทั้งหมด รองลงมาคือ จังหวัดระนอง มีการขึ้นทะเบียนกับนายจ้างคิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดระนอง ในขณะที่จังหวัดตากมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ขึ้นทะเบียนกับนายจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดตาก ตามด้วยจังหวัดเชียงใหม่ ที่มีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ขึ้นทะเบียนกับนายจ้างคิดเป็นร้อยละ 80 ของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ (ตาราง 3.9)

ตาราง 3.9 การขึ้นทะเบียนกับนายจ้างของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา

พื้นที่ศึกษา	ขึ้นทะเบียน		ไม่ขึ้นทะเบียน		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อ.แม่เมาะ จ.เชียงใหม่	4	20	16	80	20	100
อ.เมือง จ.สมุทรสาคร	19	95	1	5	20	100
อ.แม่สอด จ.ตาก	1	5	19	95	20	100
อ.เมือง จ.ระนอง	16	80	4	20	20	100
รวม	40	50.00	40	50.00	80	100

ตาราง 3.10 แสดงถึงอาชีพของกลุ่มประชากรตัวอย่าง แยกตามสถานะการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง โดยพบว่ามีสัดส่วนการขึ้นทะเบียนกับนายจ้างและไม่ขึ้นทะเบียนกับนายจ้างเท่ากันคือ ร้อยละ 50 โดยกลุ่มที่มีการขึ้นทะเบียนกับนายจ้างมากที่สุดคือ กลุ่มอาชีพรับจ้างภาคประมงต่อเนื่อง รองลงมาคือ การเป็นอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่หน่วยงานในองค์กรเอกชนต่างๆ ส่วนกลุ่มที่ไม่ขึ้นทะเบียนกับนายจ้างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาชีพรับจ้างทั่วไป ตามด้วยกลุ่มอาชีพรับจ้างในภาคการเกษตร

3.3.3 รายได้

ตามประกาศของคณะกรรมการค่าจ้างเรื่องอัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ 4) เมื่อวันที่ 7 เมษายน พ.ศ.2553 ที่มีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 10 เมษายน พ.ศ.2553 ได้กำหนดให้พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่มีค่าจ้างแรงงานขั้นต่ำ 171 บาท จังหวัดตาก 153 บาท จังหวัดสมุทรสาคร 205 บาท และจังหวัดระนอง 173 บาท

ตาราง 3.10 การขึ้นทะเบียนกับนายจ้างของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามอาชีพ

อาชีพ	ขึ้นทะเบียนกับ นายจ้าง		ไม่ขึ้นทะเบียนกับ นายจ้าง		รวม	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
รับจ้างทั่วไป	3	3.75	15	18.75	18	22.50
รับจ้างภาคการเกษตร	4	5.00	10	12.50	14	17.50
รับจ้างภาคประมงต่อเนื่อง	12	15.00	-	-	12	15.00
อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ	10	12.50	-	-	10	12.50
รับจ้างในโรงงาน	5	6.25	-	-	5	6.25
ค้าขาย	4	5.00	2	2.50	6	7.50
รับจ้างภาคประมง	2	2.50	-	-	2	2.50
ไม่ทำงาน	-	-	13	16.25	7	16.25
รวม	40	50.00	40	50.00	80	100.00

รายได้เฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้อยู่ระหว่าง 100-199 บาทต่อวัน รองลงมาคือต่ำกว่า 100 บาท และระหว่าง 200-299 บาท ตามลำดับ เมื่อพิจารณาตามจังหวัดที่เก็บข้อมูล พบว่า จังหวัดสมุทรสาครเป็นจังหวัดที่กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยสูงที่สุดคืออยู่ระหว่าง 200-299 บาท รองลงมาคือที่จังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดระนองที่กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้เฉลี่ยเท่ากันคืออยู่ระหว่าง 100-199 บาทต่อวัน ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดตากมีรายได้เฉลี่ยต่อวันต่ำที่สุดคือ ต่ำกว่า 100 บาท (ตาราง 3.11) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศคณะกรรมการค่าจ้างเรื่องอัตราค่าจ้างขั้นต่ำแล้วพบว่า มีค่าแรงอยู่ในเกณฑ์ของค่าแรงขั้นต่ำของประเทศไทย ยกเว้นที่จังหวัดตากซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ

ตาราง 3.11 รายได้เฉลี่ยต่อวันของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา

รายได้เฉลี่ย ต่อวัน	เชียงใหม่		สมุทรสาคร		ตาก		ระนอง		รวม	
	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)
ต่ำกว่า 100 บาท	6	30.00	-	-	10	50.00	3	15.00	19	23.75
100-199 บาท	7	35.00	5	25.00	4	20.00	8	40.00	24	30.00
200-299 บาท	1	5.00	13	65.00	-	-	3	15.00	17	21.25
มากกว่า 300 บาท	-	-	2	10.00	-	-	3	15.00	5	6.25
ไม่ทราบ (รวมกับพ่อแม่)	1	5.00	-	-	1	5.00	1	5.00	3	3.75
ไม่มีรายได้	5	25.00	-	-	5	25.00	2	10.00	12	15.00
รวม	20	100.00	20	100.00	20	100.00	20	100.00	80	100.00

บทที่ 4

สถานการณ์ทางด้านสุขภาพ

เนื้อหาในบทนี้เป็นการวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพ โรคและการเจ็บป่วยของทนายทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า โดยจะแยกออกเป็นการวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าหรือแรงงานต่างด้าวในภาพรวมและสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มทนายทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า ซึ่งรวมถึงปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่าง สาเหตุที่ทำให้ต้องวิเคราะห์ถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพในภาพรวมก่อนนั้น นอกจากเพื่อความเข้าใจสถานการณ์ปัญหาสุขภาพในภาพรวมแล้ว ยังจะทำให้สามารถที่จะเปรียบเทียบสถานการณ์สุขภาพระหว่างกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะที่มาจากประเทศพม่าโดยรวมกับกลุ่มทนายทรุ่นที่สองที่ได้ทำการศึกษาได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

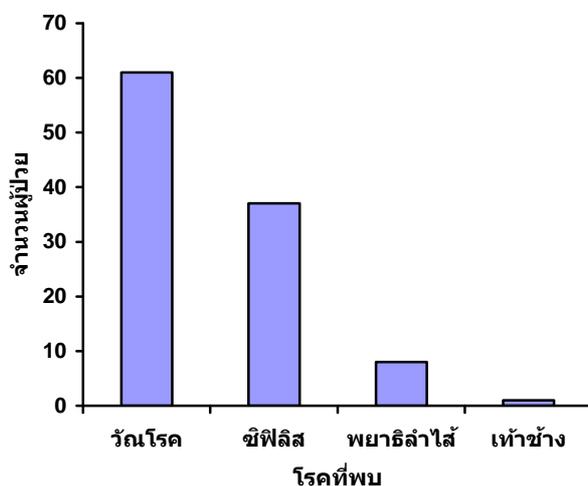
4.1 ปัญหาสุขภาพของแรงงานต่างด้าวและผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าในภาพรวม

เนื้อหาการวิเคราะห์ในส่วนนี้ได้มาจากการรวบรวมข้อมูลสถิติจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชนเพื่อนำเสนอภาพรวมของปัญหาสุขภาพของแรงงานผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า ซึ่งลักษณะของข้อมูลสถิติที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวในแต่ละพื้นที่อาจมีรูปแบบที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับภารกิจของแต่ละหน่วยงาน

4.1.1 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่

จากข้อมูลแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนที่เข้ารับการตรวจสุขภาพในปี 2552 ทั้งหมด 65,158 คน (โดยเป็นสัญชาติพม่า 64,876 คนหรือร้อยละ 99.6) พบโรคติดต่อสำคัญได้แก่ วัณโรค ตามด้วยซิฟิลิส พยาธิลำไส้ และเท้าช้าง (รูป 4.1) ส่วนในปี 2553 มีแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนที่เข้ารับการตรวจสุขภาพในปี 2553 (ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2553) ทั้งหมด 47,248 คน (โดยเป็นสัญชาติพม่า 47,121

คนหรือร้อยละ 99.7) พบโรคติดต่อสำคัญคล้ายกับปี 2552 นั่นคือโรคติดต่อสำคัญที่พบมากที่สุดได้แก่ วัณโรค ตามด้วยซิฟิลิส พยาธิลำไส้ และโรคเรื้อน



รูป 4.1 โรคที่พบในแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนที่เข้ารับการตรวจสุขภาพในจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2552
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2553)

อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาอัตราการพบโรคในกลุ่มดังกล่าวถือว่าน้อยมาก เช่น จากข้อมูลของปี 2552 อัตราการพบวัณโรคในแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและรับการตรวจสุขภาพอยู่ที่ 94 คนต่อประชากรแสนคน อัตราการพบซิฟิลิสในแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและรับการตรวจสุขภาพอยู่ที่ 57 คนต่อประชากรแสนคน อัตราการพบพยาธิลำไส้ในแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและรับการตรวจสุขภาพอยู่ที่ 12 คนต่อประชากรแสนคนและอัตราการพบโรคเท้าช้างในแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนและรับการตรวจสุขภาพอยู่ที่ 2 คนต่อประชากรแสนคน

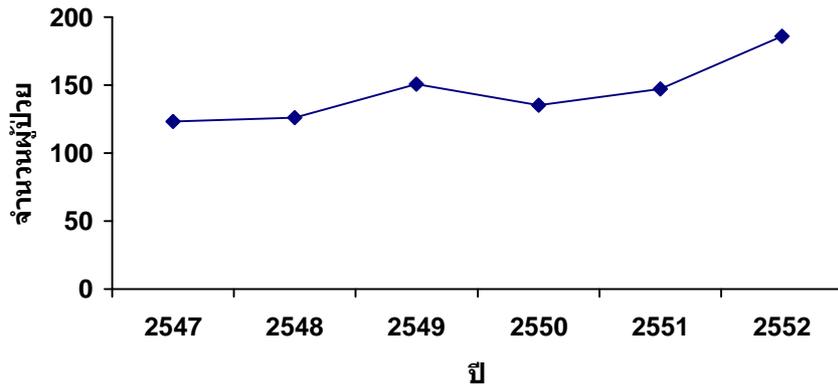
สำหรับข้อมูลที่อำเภอแม่เมาะ จากการวิเคราะห์สถิติการเข้ารักษาของคนต่างด้าวทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียนระหว่างปี 2550-2552 พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันมากนักของรูปแบบโรคหรือปัญหาสุขภาพระหว่างแรงงานที่ขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียน โดยพบการเข้ารับบริการด้านการ

ขอคำปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับเอช ไอ วี เอดส์มากที่สุด ตามด้วยปัญหาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ การตรวจครรภ์ การคลอด การเข้ารับบริการคุมกำเนิด นอกจากนี้ยังพบปัญหาปวดท้องจุกเสียด (Dyspepsia) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน การเข้ารับการรักษาบาดแผล การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และวัณโรคปอด ตามลำดับ

4.1.2 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดตาก

โรคติดต่อถือเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบมากในแรงงานต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในจังหวัดตาก จากรายงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ณ เดือนมกราคม 2553 พบว่าสาเหตุการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อสำคัญในแรงงานต่างด้าว 3 อันดับแรกระหว่าง พ.ศ. 2549-2552 ได้แก่ ท้องร่วง มาเลเรีย วัณโรค โดยมีผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว 11,845 10,769 และ 2,826 คน ตามลำดับ นอกจากนี้นับตั้งแต่ พ.ศ. 2551 เป็นต้นมาพบว่าโรคติดต่อที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในพื้นที่อำเภอแม่สอด ได้แก่ การระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น โรคคอตีบ ไอกรณ โปลิโอ บาดทะยักเด็กแรกเกิด เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาการทำแท้งในผู้หญิงต่างด้าว (โดยเฉพาะจากประเทศพม่า) ที่ทำแท้งเองและมาเข้ารับการรักษาอีกเป็นจำนวนมาก (รูป 4.2) ส่วนปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์ไม่ว่าจะเป็นการเข้าไม่ถึงงานบริการอนามัยแม่และเด็ก เช่น การขอรับบริการคุมกำเนิดยังอยู่ในอัตราที่ต่ำ และการไม่เข้ารับบริการฉีดวัคซีนต่างๆ ในเด็กเล็ก รวมไปถึงปัญหางานอาชีพอนามัยและสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ถือเป็นปัญหาสำคัญและเกี่ยวโยงกับปัญหาสุขภาพในหลายๆ ชุมชนในอำเภอแม่สอด

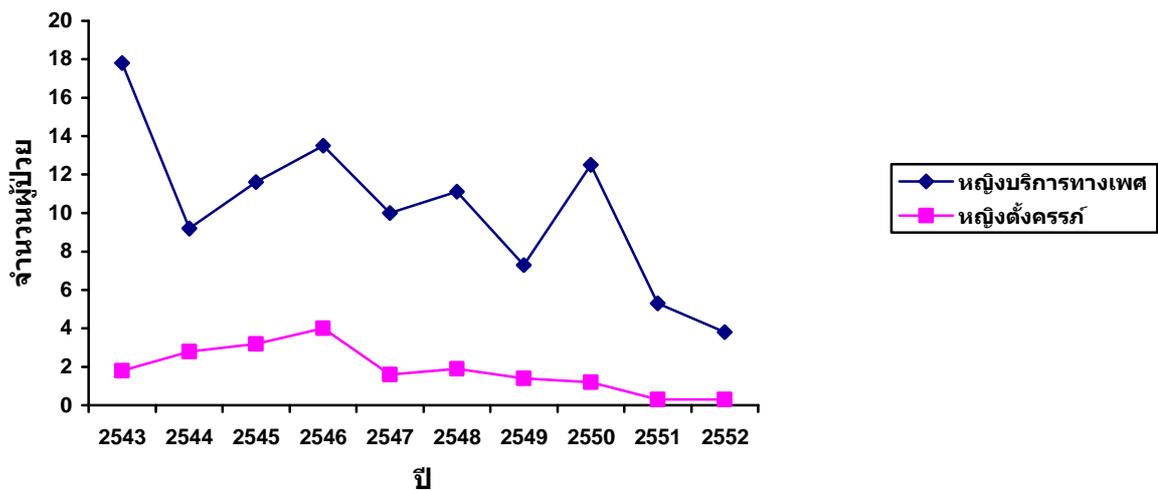


รูป 4.2 จำนวนผู้ป่วยสตรีแก๊งชาวพม่าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างปี 2547 – 2552

ที่มา: ข้อมูลสถิติจากโรงพยาบาลแม่สอด (2552)

สำหรับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นั้นพบว่า พบอัตราการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงเช่น หญิงบริการทางเพศชาวพม่า ซึ่งเคยมีอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 18 ในปี 2543 อย่างไรก็ตาม พบว่ามีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ โดยเฉพาะตั้งแต่ปี 2551 เป็นต้นมา โดยในปี 2552 มีอัตราการติดเชื้อเพียงร้อยละ 3.8 อย่างไรก็ตาม พบการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ชาวพม่า ซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ชาวไทยถึง 2-3 เท่า อย่างไรก็ตาม อัตราการติดเชื้อดังกล่าวได้ลดลงหลังจากปี 2548 เป็นต้นมา โดยในปี 2552 อัตราการติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ชาวพม่าอยู่ที่ร้อยละ 0.3 ดังแสดงในรูป 4.3

นอกจากการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์แล้ว ยังมีโรคที่ต้องเฝ้าระวังที่สำคัญอื่นๆ อีก เช่น มาเลเรีย ท้องร่วงหรืออุจจาระร่วง ไข้ไทฟอยด์ ไข้เลือดออก หัดและไข้กาฬหลังแอ่น โดยตาราง 4.1 แสดงจำนวนผู้ป่วยชาวพม่าในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างปี 2547 – 2551



รูป 4.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงชาวพม่าระหว่างปี 2543 - 2552

ที่มา: ข้อมูลสถิติจากโรงพยาบาลแม่สอด (2552)

ตาราง 4.1 โรคเฝ้าระวังที่สำคัญในกลุ่มชาวพม่าในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างปี 2547 – 2551

โรค	ปี				
	2547	2548	2549	2550	2551
มาเลเรีย	4,381	4,887	8,407	5,591	4,109
อุจจาระร่วง	583	740	674	820	636
ไข้แอนเทอริค	0	2	1	2	0
ไข้ไทฟอยด์	4	5	1	0	5
ไข้เลือดออก	20	59	130	75	93
หัด	4	6	3	8	1
ไข้กาฬหลังแอ่น	0	1	3	0	0

ที่มา: ข้อมูลสถิติจากโรงพยาบาลแม่สอด (2552)

จากข้อมูลการตรวจสุขภาพแรงงานต่างชาติในอำเภอแม่สอด ปี 2552 พบว่า มีแรงงานที่พบโรคที่ต้องติดตาม 2,252 คน จาก 27,526 คนหรือประมาณร้อยละ 8 โดยในจำนวนดังกล่าวพบการตั้งครรภ์ 460 คน พบว่าเป็นโรคซิฟิลิส 141 คน และเป็นโรคเท้าช้าง 6 คน

4.1.3 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดสมุทรสาคร

หากพิจารณาสาเหตุของปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วยในรูปแบบสถิติของสาเหตุการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลต่างๆ ของจังหวัด ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 โรงพยาบาลกระทุ่มแบน และโรงพยาบาลบ้านแพ้ว แล้ว จะเห็นได้ว่าหากวิเคราะห์จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2550 และ 2552 พบว่า สาเหตุการเจ็บป่วยอันดับหนึ่งได้แก่ การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน ตามด้วยการเจ็บป่วยจากโรคทางเดินอาหาร เช่น การปวดท้องจุกเสียด ท้องร่วง เป็นต้น การฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักและโปลิโอในเด็กเล็ก การดูแลติดตามทางศัลยกรรม และการฝากครรภ์ ตามลำดับ (ตาราง 4.2) โดยจะพบว่าการเจ็บป่วยส่วนใหญ่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นระหว่างปี 2551 และ 2552 โดยการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและการฝากครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเกือบสามเท่า

หากวิเคราะห์จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยในระหว่างปี 2550 และ 2552 (ตาราง 4.3) พบว่า สาเหตุการเข้ารับบริการอันดับหนึ่งได้แก่ การคลอดบุตร ตามด้วยการเข้ารับการรักษาจากปัญหาเด็กทารกแรกเกิดผิดปกติ โรคระบบทางเดินอาหาร (ท้องร่วง) ไข้เลือดออก และการกระทบกระเทือนทางสมอง ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบโรคอื่นๆ อีก เช่น ไข้ดิงอีกลีบเฉียบพลัน และมาเลเรีย เป็นต้น โดยจะเห็นว่าส่วนใหญ่ของผู้มารับบริการที่เป็นผู้ป่วยในนั้นมีสาเหตุมาจากอนามัยเจริญพันธุ์ ทั้งการคลอดบุตรและการรักษาจากปัญหาเด็กทารกแรกเกิดผิดปกติ เช่น ภาวะตัวเหลือง น้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่าปกติ และปัญหาจากการคลอดติดขัดจากการมีส่วนร่วมของทารกและเชิงกรานมารดา เป็นต้น

ตาราง 4.2 สาเหตุการเจ็บป่วยในผู้ป่วยนอกที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมุทรสาครห้าอันดับแรก
ระหว่างปี 2550 - 2552

สาเหตุการเจ็บป่วย	จำนวน			
	2550	2551	2552	รวม
การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน	874	681	1,768	3,323
โรกระบบทางเดินอาหาร	687	554	673	1,914
ฉีดวัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน บาดทะยักโปลิโอ	299	255	327	881
การดูแลติดตามทางศัลยกรรม ทำแผล ตัดไหม	205	195	368	768
การดูแลการตั้งครรภ์ปกติ	127	260	767	709

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (2553)

ตาราง 4.3 สาเหตุการเจ็บป่วยในผู้ป่วยในที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสมุทรสาครห้าอันดับแรกระหว่าง
ปี 2550-2552

สาเหตุการเจ็บป่วย	จำนวน			
	2550	2551	2552	รวม
การคลอดบุตร	1,108	1,388	614	3,110
ปัญหาทารกแรกเกิดผิดปกติ	157	100	74	331
โรกระบบทางเดินอาหาร (ท้องร่วง)	109	115	36	260
ไขเลือดออก	51	46	*	97
การกระทบกระเทือนทางสมอง	*	45	27	72

* ไม่มีข้อมูล

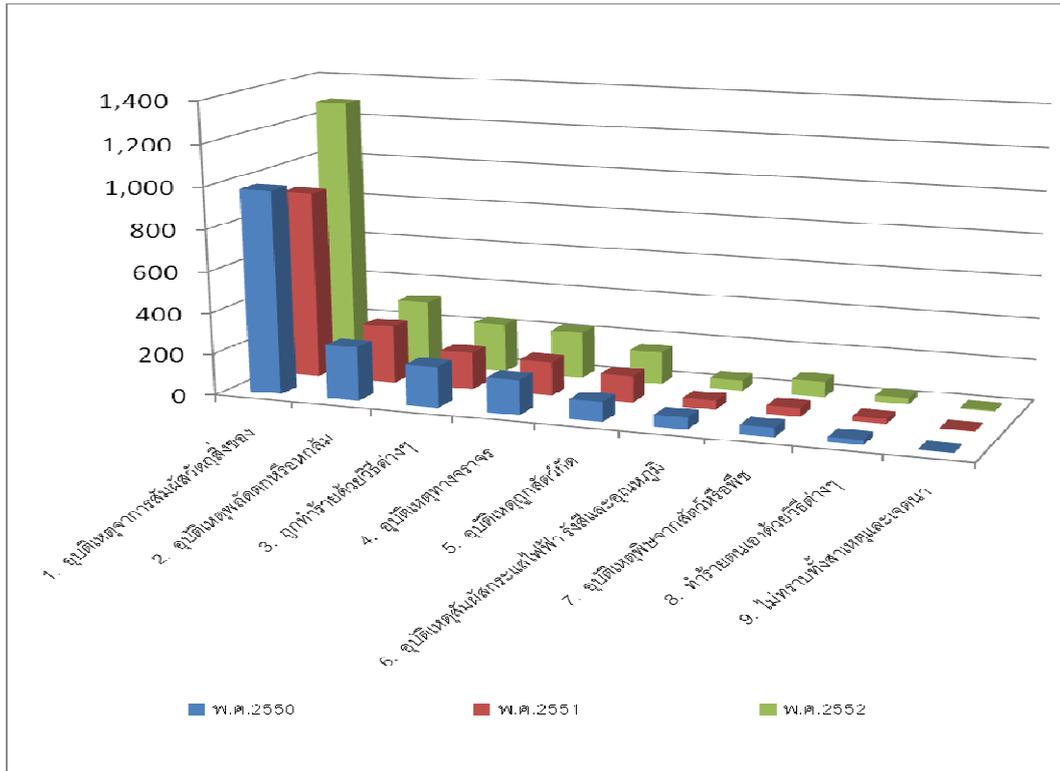
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (2553)

นอกจากนี้ จากการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวของจังหวัดสมุทรสาครเมื่อ พ.ศ. 2552 พบว่า จากจำนวนแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าที่เข้ารับการตรวจทั้งหมด 145,901 คน พบว่าปกติ 144,003 คนหรือ ร้อยละ 98.7 พบโรคที่ต้องติดตามรักษา 335 คน และพบการตั้งครรภ์ 1,564 คน โดยในแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่าที่พบโรคที่ต้องติดตามรักษา ร้อยละ 55 เป็นวัณโรค ร้อยละ 39 เป็น ซิฟิลิส และอีกร้อยละ 6 เป็นโรคเท้าช้าง

รูป 4.4 แสดงสถิติผู้ป่วยจากอุบัติเหตุที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยจะเห็นได้ว่ามีแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของอุบัติเหตุทุกประเภท โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการสัมผัสวัตถุ สิ่งของและอุบัติเหตุจากการจราจร

4.1.4 ปัญหาสุขภาพในจังหวัดระนอง

จากสถิติข้อมูลโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่สำคัญในจังหวัดระนองในปี 2552 พบว่า โรคเฝ้าระวังที่สำคัญได้แก่ มาเลเรีย อุจจาระร่วงเฉียบพลัน เอดส์ อาหารเป็นพิษ ปอดบวม วัณโรคปอด ซิคุนกุยาและหนองใน ไข้เลือดออก และไข้หวัดใหญ่ ตามลำดับ ทั้งนี้ พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สะสมทั้งสิ้น 1,146 ราย โดยมีอัตราการเสียชีวิตที่ร้อยละ 28 (ระหว่างปี 2528 – 2552) ดังตาราง 4.4 โดยจะเห็นว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง และจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว พบว่าพบในกลุ่มเสี่ยงที่เป็นหญิงบริการมากที่สุด ตามด้วยกลุ่มที่ประกอบอาชีพประมง หญิงมีครรภ์ และแรงงานอื่นๆ ตามลำดับ (ตาราง 4.5) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาแนวโน้มระหว่างปี 2548 – 2552 พบว่า แนวโน้มการติดเชื้อในกลุ่มหญิงบริการลดลงค่อนข้างมาก แนวโน้มการติดเชื้อในกลุ่มหญิงมีครรภ์ลดลงเล็กน้อย การติดเชื้อในกลุ่มที่ประกอบอาชีพประมงยังค่อนข้างคงที่ ในขณะที่กลุ่มแรงงานอื่นๆ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น



รูป 4.4 สถิติผู้ป่วยอุบัติเหตุในแรงงานต่างด้าวที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร ระหว่างปี 2550-2552

ที่มา: ดัดแปลงจากข้อมูลสถิติของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร (2553)

ตาราง 4.4 จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการของแรงงานต่างด้าว

ปี	ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อ	ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต
2528-2547	799	266
2548	86	12
2549	93	24
2550	77	4
2551	61	12
2552	30	6
รวม	1,146	324

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (2552)

ตาราง 4.5 การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว

กลุ่มเป้าหมาย	ร้อยละ				
	2548	2549	2550	2551	2552
หญิงบริการ	21.3	6.7	18.8	12.9	0.0
กลุ่มประมง	4.5	3.5	2.0	5.0	3.8
หญิงมีครรภ์	1.9	1.8	1.8	0.0	1.1
แรงงานอื่นๆ	1.5	1.0	4.0	0.0	5.1

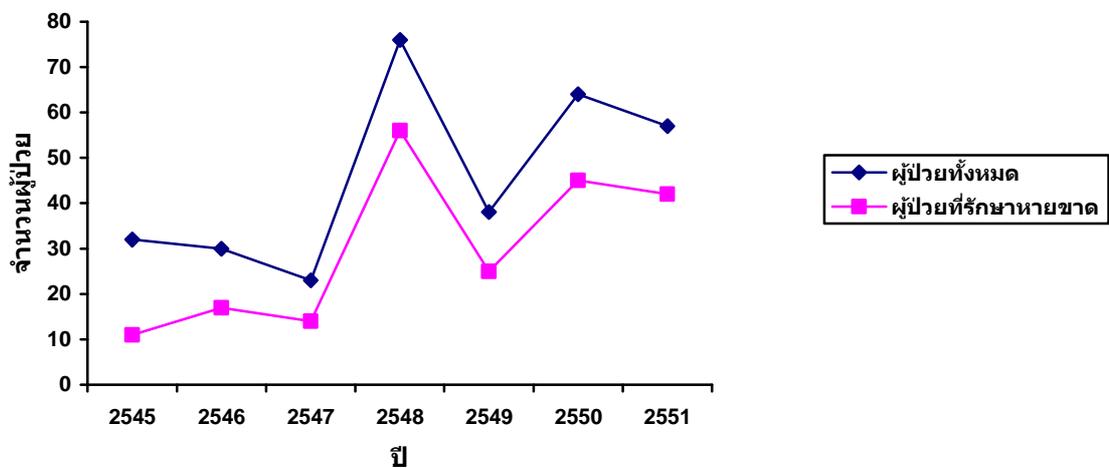
ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (2552)

จากสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (จังหวัดระนอง) พบแนวโน้มที่คล้ายกันนั่นคือ มีการลดลงของผู้ติดเชื้อรายใหม่ โดยจากสถิติของมูลนิธิฯ ระหว่างปี 2547 – 2552 พบว่าจากที่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 83 คนในปี 2547 จำนวนดังกล่าวลงมาอยู่ที่ 63 คนในปี 2550 และคงเหลือเพียง 19 คนในปี 2552 ทั้งนี้ ในช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมด 378 คน แยกเป็นเพศชาย 207 คนหรือร้อยละ 55 เพศหญิง 171 คนคิดเป็นร้อยละ 45 โดยจากข้อมูลการประกอบอาชีพในปี 2552 พบว่าพบการติดเชื้อมากที่สุดในกลุ่มแม่บ้าน ตามด้วยกลุ่มอาชีพประมง และหญิงบริการตามลำดับ

สำหรับข้อมูลผู้ป่วยโรคซาร์สระหว่างปี 2545 – 2551 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังแสดงในรูป 4.5 และพบว่าผู้ป่วยที่รักษาหายขาดคิดเป็นร้อยละ 66 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยที่เหลือเป็นผู้ป่วยที่รักษาครบ แต่ไม่หายขาด (ร้อยละ 7) การรักษาล้มเหลว (ร้อยละ 4) เสียชีวิต (ร้อยละ 7) โอนออก (ร้อยละ 8) และขาดการรักษา (ร้อยละ 8) ของผู้ป่วยทั้งหมด

สำหรับประเด็นเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์นั้น พบว่ามีจำนวนมารดาต่างด้าวที่คลอดบุตรเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากสถิติข้อมูลการคลอดบุตรของมารดาต่างด้าวที่คลอดบุตรโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในปี 2548 มีจำนวน 1,019 คน ได้เพิ่มเป็น 1,598 คนในปี 2551 และ 1,798 คนในปี 2552 ส่วนจำนวนมารดาต่างด้าวที่คลอดบุตรโดยหมอดำแยหรือเพื่อนบ้านแม้จะมีจำนวนไม่มากนัก แต่ก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในสัดส่วนที่สูงถึง 7 เท่า โดยได้เพิ่มจาก 5 คนในปี 2548 เป็น 25 คนและ 36

คนในปี 2551 และ 2552 ตามลำดับ ทั้งนี้จำนวนเด็กเกิดมีชีพได้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 1,699 คนในปี 2550 เป็น 1,829 คนในปี 2552 นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์อื่นๆ ไม่ว่าจะเป็น การเพิ่มขึ้นของจำนวนหญิงต่างด้าวที่ตั้งครรภ์และมีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่ได้เพิ่มขึ้นจาก 96 คนเป็น 176 คนระหว่างปี 2548 และ 2552 จำนวนหญิงต่างด้าวที่มีภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ที่เพิ่มจำนวน จาก 235 คนในปี 2550 เป็น 494 คนในปี 2552 เป็นต้น



รูป 4.5 จำนวนผู้ป่วยวัณโรคสัญชาติพม่าระหว่างปี 2545 – 2551

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง (2552)

4.2 ปัญหาสุขภาพของทายาทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า

เนื่องจากปัญหาหลายประการที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการขาดซึ่งฐานข้อมูลเกี่ยวกับแรงงานผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่ถูกต้อง แม่นยำและทันสมัย ทำให้ฐานข้อมูลจากสถานบริการทางสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนนั้นไม่สามารถแยกได้อย่างชัดเจนว่า ผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าที่มีปัญหาสุขภาพนั้นเป็นรุ่นที่หนึ่ง รุ่นที่สอง หรือเข้ามาอาศัยอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่เมื่อใด นอกจากนี้จะดูสิทธิการรักษาพยาบาลที่แต่ละคน จะพึงได้รับ ซึ่งก็ไม่สามารถแยกได้อย่างชัดเจนว่าเป็นกลุ่มทายาทรุ่นที่สอง ดังนั้น การวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของกลุ่มทายาทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพมานั้น จึงได้รวบรวมจากข้อมูลการสัมภาษณ์

เชิงลึกของหน่วยงานต่างๆ ทั้งของรัฐและเอกชนในพื้นที่ศึกษาซึ่งเป็นการให้ข้อมูลให้ภาพรวม ร่วมกับ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มประชากรตัวอย่าง

4.2.1 ปัญหาสุขภาพของทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าในภาพรวม

หากวิเคราะห์ถึงปัญหาสุขภาพโดยรวมของกลุ่มทายาทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าแล้ว จะเห็นได้ว่ากลุ่มทายาทรุ่นที่สอง ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่เกิดในประเทศไทยหรือผู้ที่ย้ายตาม พ่อและ/หรือแม่มาตั้งแต่เด็ก มีข้อได้เปรียบบางประการเมื่อเทียบกับรุ่นที่หนึ่ง นั่นคือ มีระยะเวลาที่อาศัย อยู่ในประเทศไทยนานพอที่จะมีความคุ้นเคยกับสภาพการดำรงชีวิตต่างๆ ในสังคมไทย ข้อได้เปรียบใน ด้านการสื่อสารด้วยภาษาไทยซึ่งส่วนใหญ่สามารถพูดและฟังภาษาไทยในระดับที่สามารถใช้สื่อสารใน ชีวิตประจำวันได้ นอกจากนี้ประชากรกลุ่มดังกล่าวส่วนใหญ่อยู่ในวัยเด็กและวัยแรงงานซึ่งจะพบรูปแบบ ของโรคและการเจ็บป่วยไปตามวัย ตามสภาพการดำรงชีวิตและความเสี่ยงจากลักษณะการทำงาน มักไม่ พบปัญหาโรคเรื้อรังเช่นที่พบในกลุ่มผู้สูงอายุ สำหรับวัยเด็กนั้นส่วนใหญ่ปัญหาสุขภาพจะเกี่ยวโยงกับ การได้รับบริการวัคซีนขั้นพื้นฐานต่างๆ ซึ่งถ้าพ่อหรือแม่ของเด็กมีที่อยู่เป็นหลักแหล่งส่วนใหญ่มักจะ ได้รับบริการครบถ้วนโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ส่วนวัยแรงงานนั้นมักประสบกับปัญหาด้านอนามัย เจริญ พันธ์ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของการคุมกำเนิด การฝากครรภ์ การคลอด โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะเอชไอวี/เอดส์ นอกจากนี้คนกลุ่มดังกล่าวมักเสี่ยงต่อปัญหาโรคติดต่อหรือโรคระบาด ที่มาจาก การระบาดในพื้นที่ ไม่ว่าจะเป็นการคลุกคลีกับผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครัวเรือนหรือผู้ร่วมงาน ซึ่งในบาง กรณีเป็นแรงงานที่เพิ่งอพยพย้ายถิ่นมาจากประเทศพม่า นอกจากนี้ ประชากรกลุ่มดังกล่าวอาจมีความ เสี่ยงในการติดโรคหรือเป็นพาหะของโรคจากการเดินทางข้ามประเทศเพื่อกลับไปภูมิลำเนาเดิมหรือของ พ่อแม่ทางฝั่งพม่าด้วยวัตถุประสงค์ต่างๆ กัน

ดังนั้น ปัญหาสุขภาพหลักๆ ของกลุ่มทายาทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า สามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1) โรคติดต่อหรือโรคระบาด

โรคติดต่อพื้นฐานที่พบบ่อย ได้แก่ โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน เช่น หวัด และโรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร เช่น ท้องร่วง (Diarrhea) ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย ผ่านทางการบริโภคอาหารและน้ำที่ไม่สะอาด ซึ่งสัมพันธ์กับสุขอนามัยของบุคคล/ครัวเรือนและชุมชน ไม่ว่าจะเป็นความสะอาดของน้ำ ภาชนะและวัตถุดิบที่ใช้ในการประกอบอาหาร การล้างมือก่อนรับประทานอาหารหรือหลังเข้าห้องน้ำ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีโรคระบาดสำคัญที่ถือเป็นโรคเฝ้าระวังที่ยังคงพบบ่อยในกลุ่มแรงงานต่างด้าวซึ่งรวมถึงกลุ่มทนายาทรุ่นที่ 2 ด้วย โรคสำคัญเหล่านี้ได้แก่ โรคมาเลเรีย ไข้ซัง วัณโรค โรคเรื้อน ซิฟิลิสและเอช ไอ วี/เอดส์ ทั้งนี้โรคเหล่านี้ถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ

โรคมาเลเรียเป็นโรคที่เกิดจากยุงก้นปล่องเป็นพาหะ เป็นโรคที่พบได้ตลอดปี แต่ส่วนใหญ่จะพบบ่อยในฤดูฝน โดยพบบ่อยบริเวณชายแดนที่มีลักษณะเป็นป่าเขา โดยเฉพาะบริเวณชายแดน ไทย-พม่า และไทย-กัมพูชา

โรคไข้ซังเกิดจากการติดเชื้อพยาธิที่มียุงเป็นพาหะ ผู้ที่เป็นโรคนี้อาศัยอยู่ในแหล่งที่มีการระบาดของโรคเป็นเวลานานเนื่องจากระยะเวลาในการเกิดโรคมีระยะเวลานาน เป็นโรคที่มีอาการแสดงที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของระบบน้ำเหลือง เช่น ท่อน้ำเหลือง ต่อม้ำเหลือง เป็นต้น โดยผลสุดท้ายอวัยวะที่เป็นโรคจะบวมโตเกิดเป็นสภาวะโรคไข้ซังขึ้น

วัณโรคถือเป็นโรคติดต่อเรื้อรัง เป็นอาการอักเสบในปอด เกิดจากการรับเชื้อจากการไอจาม จากผู้ป่วยทำให้เชื้อกระจายในอากาศ ส่วนใหญ่พบในกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจน และอาศัยอยู่ในชุมชนแออัด วัณโรคถือเป็นโรคอุบัติซ้ำในประเทศไทย โดยกลับมาแพร่ระบาดใหม่ในช่วงที่พบการระบาดของเอชไอวี/เอดส์

โรคเรื้อนเป็นโรคติดต่อที่รู้จักกันมานาน คนทั่วไปมักมีทัศนคติในทางลบต่อคนเป็นโรคเนื่องจากมีความเชื่อว่าคนที่เป็นโรคนี้อาจเกิดจากการประพาศิตินที่ไม่ถูกต้อง ขัดต่อข้อห้ามทางศาสนาหรือประเพณีต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม โรคนี้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียตระกูลเดียวกับวัณโรค แต่อาการจะไม่

รุนแรงจนทำให้ถึงตาย อาการของโรคเรื้อรังจะลุกลามอย่างช้า ๆ จนทำให้เกิดความพิการที่มือ เท้า ใบหน้าและใบหู แต่หากมารับการรักษาในระยะเริ่มแรกก็สามารถหายได้และไม่เกิดความพิการ โดยผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อมักเป็นผู้ที่ต้องคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

ซิฟิลิส เกิดจากเชื้อแบคทีเรียซิฟิลิส เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้ายแรงกว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ มีระยะฟักตัวค่อนข้างนานจึงทำให้สามารถระบาดสู่คู่นอน คู่สมรสและบุตรได้ (ติดจากในครรภ์) อย่างไรก็ตามโรคนี้สามารถรักษาให้หายขาดได้ถ้าได้รับการรักษาในระยะแรก ๆ แต่หากไม่ได้รับการรักษา อาจส่งผลให้ตาบอด หูหนวก สติปัญญาเสื่อม เชื้ออาจเข้าสู่สมองและไขสันหลังทำให้เป็นอัมพาตและอาจเสียชีวิตได้

ส่วนเอชไอวี/เอดส์นั้น เป็นที่รู้จักกันดีเนื่องจากเป็นโรคอุบัติใหม่ที่ร้ายแรง ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องจนไม่สามารถต่อสู้เชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมต่างๆ ที่เข้าสู่ร่างกายได้ เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี ติดต่อกันได้ทางการมีเพศสัมพันธ์ ทางเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ และยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นจึงถือเป็นโรคติดต่อที่สำคัญมาก

สำหรับเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว นั้น พบแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย โดยพบในกลุ่มเสี่ยงทุก ๆ กลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มที่ประกอบอาชีพประมง กลุ่มที่ประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ รวมถึงกลุ่มแรงงานอื่นๆ เพศชายมักติดจากการไปเที่ยวหญิงบริการ ส่วนเพศหญิงถ้าไม่ได้มีอาชีพขายบริการทางเพศก็มักติดจากแฟนหรือสามี ในพื้นที่จังหวัดสมุทรสาครที่มีแรงงานต่างด้าวมาขึ้นทะเบียนกว่า 150,000 คนนั้น พบการติดเชื้อเอช ไอ วี ประมาณกว่า 100 คน โดยมีสัดส่วนเพศชายและหญิงเท่าๆ กัน ผู้ชายที่ติดเชื้อมันส่วนใหญ่เป็นพวกออกเรือประมง และผู้หญิงที่ติดเชื้อเป็นกลุ่มที่ติดจากสามี และกลุ่มที่ขายบริการทางเพศ ซึ่งจะพบมากบริเวณชุมชนที่ต่างด้าวอาศัยอยู่ ซึ่งจะทำงานอยู่ในสถานบันเทิงต่างๆ ทั้งกลุ่มที่ขายบริการโดยตรงและแบบแฝงในรูปแบบของคาราโอเกะหรืออับ อบ นวด สิ่งที่น่าเป็นห่วงคือกลุ่มที่เคยมีความเสี่ยงมากได้แก่ หญิงขายบริการโดยตรง พบแนวโน้มที่ลดลง เนื่องจากการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย ในขณะที่กลุ่มที่เสี่ยงมากขึ้นคือ กลุ่มที่ทำงานเป็นพนักงานเสิร์ฟอาหารในร้านอาหาร บาร์ คาราโอเกะ ที่เป็นกลุ่มแบบแฝงหรือกลุ่มที่อาศัยอยู่แถวท่าเรือประมงที่

ไม่ได้ขายบริการให้คนทั่วไปแต่จะมี 'แฟน' ประจำของตัวเอง โดยผู้หญิงต่างตัวเหล่านี้อาจมีงานประจำทำหรือไม่ก็ได้ ซึ่งผู้หญิงหนึ่งคนอาจมี "แฟน" 2-3 คนหรือมากกว่าในเวลาเดียวกัน ในขณะที่แรงงานประมงก็มี 'แฟน' บนฝั่งทุกแห่งที่ได้นำเรือเข้าเช่นกัน ซึ่งการเป็น 'แฟน' ถือว่ามีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน และไม่ใช้ถุงยางอนามัยป้องกัน ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อมาก นอกจากนี้ในโรคติดต่อร้ายแรงเช่น เอชไอวี/เอดส์ พบว่าในกลุ่มเสี่ยงที่ขายบริการทางเพศให้แก่แรงงานต่างตัว มีทั้งผู้หญิงต่างตัว และผู้หญิงไทยที่มาจากทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และยังพบที่มาจากประเทศลาวที่เข้ามาทำงานในพื้นที่จังหวัดระนองอีกด้วย

ในโรคต่าง ๆ เหล่านี้ มีการพบว่าผู้ป่วยหลายคนไม่มีความรู้เรื่องโรค ไม่ตระหนักถึงความรุนแรงของโรค จึงไม่มารับการรักษา หรือในบางกรณีผู้ป่วยไม่กล้าเข้ามารับการรักษาเนื่องจากกลัวปัญหาในเรื่องของการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ กลัวถูกจับและส่งกลับประเทศ เช่น หลายคนคิดว่าการเป็นโรคเรื้อรันทันสัมพันธ์กับการมีกรรมเก่า ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงไม่มารับการรักษา บางกรณีมารับการรักษา แต่มารับยาไม่ครบ หรือพอมีอาการดีขึ้นก็ไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เช่นในกรณีของวัณโรคที่แม้ว่าจะมีการเฝ้าติดตามการรักษา แต่ก็ไม่ค่อยประสบความสำเร็จ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีการเคลื่อนย้ายไปทำงานในที่ต่าง ๆ และอยู่ไม่เป็นหลักแหล่งทำให้เกิดปัญหาในการติดตามการรักษา โดยเฉพาะในโรคที่ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการระบาดของโรคออกไปทั้งในและนอกพื้นที่ สิ่งที่น่าเป็นห่วงในเรื่องของการแพร่ระบาดของโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อดังกล่าวคือ ไม่เพียงแต่การแพร่ระบาดจะแพร่อยู่ในครัวเรือนหรือชุมชนเท่านั้น แต่สามารถแพร่ออกไปได้ในวงกว้าง เช่น ระดับอำเภอหรือระดับจังหวัด สู่กลุ่มประชากรในวงกว้าง เช่น ตัวอย่างของการระบาดของโรคหัดในอำเภอแม่สอด ในปี 2532 - 2533 และการระบาดของอหิวาตกโรคในจังหวัดสมุทรสาครเมื่อปี 2549 เป็นต้น

2) การอนามัยเจริญพันธุ์

การอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะในเรื่องอนามัยแม่และเด็ก ตั้งแต่เรื่องการฝากครรภ์ การตรวจครรภ์ ความรู้ในการดูแลครรภ์ การคลอด จนถึงการรับบริการวัคซีนพื้นฐาน เช่น คอตีบ ไอกรน

บาดทะยัก และโปลิโอ เป็นต้น ซึ่งพบว่าปัญหาสุขภาพที่สัมพันธ์กับการอนามัยเจริญพันธุ์ถือเป็นอันดับต้นๆ ของการเข้ารับบริการในสถานบริการลำดับต่างๆ ของรัฐ ทั้งสถานอนามัย และโรงพยาบาล รวมถึงคลินิกเอกชนต่างๆ จากตัวอย่างสถิติการคลอดบุตรในอำเภอแม่เมาะในปี 2551 พบว่ามีการคลอดในกลุ่มประชากรต่างด้าวทั้งสิ้นกว่า 300 คน แต่ก็เริ่มเห็นแนวโน้มที่ลดลงเพราะมีการให้ความรู้ในเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ในขณะที่สถิติการคลอดของประชากรต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาครในปี 2552 มีการประมาณการอยู่ที่ 2,500-3,000 คน หรือที่อำเภอแม่สอด การคลอดเฉพาะที่แม่ตาวคลินิกในปี 2552 อยู่ที่ 2,700 คน

3) อุบัติเหตุ

อุบัติเหตุดังกล่าว รวมถึงอุบัติเหตุจากการจราจร จากการทำงานและการดำรงชีวิต ในอำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ พบอุบัติเหตุจากการขับขี่มอเตอร์ไซด์เนื่องจากแรงงานต่างด้าวชนิดขีรถมมอเตอร์ไซด์เลนส์ขาว และมักจะชินกับการหักหลบไปทางขวาทำให้แต่ละปีๆ มีอุบัติเหตุจากการจราจรจำนวนมาก นอกจากนี้ที่พบมากได้แก่ อุบัติเหตุจากการทำงาน โดยเฉพาะอุบัติเหตุจากการสัมผัสสิ่งของ

4) โรคระบบข้อและกล้ามเนื้อ

ส่วนใหญ่ที่พบได้แก่ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการทำงานเนื่องจากกลุ่มแรงงานบางส่วนทำงานอยู่ในโรงงานและทำงานติดต่อกันเป็นระยะเวลาานาน จึงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพในเรื่องการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อแขน ขา หลัง ฯลฯ โดยจะพบมากในกลุ่มที่ทำงานในโรงงานประเภทต่างๆ

4.2.2 ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่าง

สำหรับปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มประชากรตัวอย่างนั้น เนื่องจากไม่ได้สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อหากกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพและจากการที่กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน คือ มีอายุระหว่าง 15 - 44 ปี ดังรายละเอียดที่ได้นำเสนอในบทที่ 3 ภาพของสถานการณ์ทางด้านสุขภาพที่สะท้อนออกมาจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจึงแสดงให้เห็นถึงกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพเล็กๆ น้อยๆ ที่พบเห็นได้ทั่วไป

และบางคนก็ไม่ได้มีปัญหาสุขภาพอะไรเลย โดยพบว่าจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 80 คน มีผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพเลย 34 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 และอีก 46 คนหรือร้อยละ 57.5 มีปัญหาสุขภาพ โดยพบสัดส่วนของผู้มีปัญหาสุขภาพมากที่สุดคือ ที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร คิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสมุทรสาครทั้งหมด ตามด้วยอำเภอแม่สอด จังหวัดตากและอำเภอเมืองระนอง คิดเป็นร้อยละ 55 ของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ และที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด ทั้งนี้ สามารถสรุปปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มประชากรตัวอย่างแยกรายจังหวัด (ตาราง 4.6) ได้ดังต่อไปนี้

4.2.2.1 ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่างของจังหวัดเชียงใหม่

จังหวัดเชียงใหม่ พบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ทั้งหมด ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดได้แก่ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 27) ตามด้วยการเจ็บป่วยจากการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 20) โดยเฉพาะจากการทำงานที่ใช้แรงกาย เช่น การทำไร่ ทำสวน เป็นต้น การเจ็บป่วยจากการปวดศีรษะ (ร้อยละ 13) และการเจ็บป่วยเล็กน้อยอื่นๆ ได้แก่ ปวดศีรษะ เป็นไข้หวัด ท้องเสีย เป็นผื่น และลมพิษ

4.2.2.2 ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่างของจังหวัดสมุทรสาคร

จังหวัดสมุทรสาคร พบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 95 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสมุทรสาครทั้งหมด ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดได้แก่ การเจ็บป่วยจากการปวดศีรษะ (ร้อยละ 21) ตามด้วยการเจ็บป่วยจากโรคกระเพาะ (ร้อยละ 16) การเจ็บป่วยจากการเป็นไข้หวัด (ร้อยละ 11) การแท้งลูก (ร้อยละ 11) นอกจากนี้ยังพบการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อ ได้แก่ มาเลเรีย (ร้อยละ 11) ชิฟิลิส (ร้อยละ 5) และการเจ็บป่วยเล็กน้อยอื่นๆ ได้แก่ ท้องเสีย เป็นลม หน้ามืด ภูมิแพ้และอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ

ตาราง 4.6 ปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา

โรคและ ปัญหาสุขภาพ	เชียงใหม่		สมุทรสาคร		ตาก		ระนอง		รวม	
	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)
เป็นไข้หวัด	1	6.67	2	10.53	2	14.29	4	23.53	9	13.85
โรคกระเพาะ	-	-	3	15.79	2	14.29	2	11.76	7	10.77
อุบัติเหตุจากรถ	4	26.67	-	-	1	7.14	2	11.76	7	10.77
ปวดศีรษะ	2	13.33	4	21.05	-	-	-	-	6	9.23
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	3	20.00	1	5.26	-	-	1	5.88	5	7.69
หอบ, ภูมิแพ้	-	-	1	5.26	3	21.43	1	5.88	5	7.69
ปวดท้อง	-	-	-	-	1	7.14	2	11.76	3	4.62
เป็นลม หน้ามืด	-	-	1	5.26	1	7.14	1	5.88	3	4.62
ปัญหาสายตา	-	-	-	-	1	7.14	1	5.88	2	3.08
มาเลเรีย	-	-	2	10.53	-	-	-	-	2	3.08
แท้งลูก	-	-	2	10.53	-	-	-	-	2	3.08
ผี, ตาปลา	-	-	-	-	1	7.14	1	5.88	2	3.08
ท้องเสีย	1	6.67	1	5.26	-	-	-	-	2	3.08
เป็นผื่น เป็นลมพิษ	1	6.67	-	-	-	-	1	5.88	2	3.08
ไข้เลือดออก	-	-	-	-	1	7.14	-	-	1	1.54
ตาแดง	-	-	-	-	1	7.14	-	-	1	1.54
ซิฟิลิส	-	-	1	5.26	-	-	-	-	1	1.54
เจ็บปาก	1	6.67	-	-	-	-	-	-	1	1.54
เลือดจาง	1	6.67	-	-	-	-	-	-	1	1.54
ไทรอยด์	1	6.67	-	-	-	-	-	-	1	1.54
ทอนซิลอักเสบ	-	-	-	-	-	-	1	5.88	1	1.54
ซีด	-	-	1	5.26	-	-	-	-	1	1.54
รวม	15	100.00	19	100.00	14	100.00	17	100.00	65	100.00

4.2.2.3 ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่างของจังหวัดตาก

จังหวัดตาก พบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 70 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดตากทั้งหมด ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดได้แก่ การเจ็บป่วยจากการเป็นโรคหอบและภูมิแพ้ (ร้อยละ 21) ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมาจากการทำงานในโรงงานและต้องสัมผัส

ฝุ่นละอองอยู่เป็นประจำ เช่น การทำงานในโรงงานเย็บผ้าและโรงงานทำเฟอร์นิเจอร์ เป็นต้น ตามด้วยการเจ็บป่วยจากโรคกระเพาะ (ร้อยละ 14) การเจ็บป่วยจากการเป็นไข้หวัด (ร้อยละ 14) นอกจากนี้ยังพบการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อ ได้แก่ ไข้เลือดออก (ร้อยละ 7) โรคตาแดง (ร้อยละ 7) และการเจ็บป่วยเล็กน้อยอื่นๆ ได้แก่ ปวดท้อง เป็นลม หน้ามืด และการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร

4.2.2.4 ปัญหาสุขภาพในกลุ่มประชากรตัวอย่างของจังหวัดระนอง

จังหวัดระนอง พบกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาสุขภาพจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 85 ของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดระนองทั้งหมด ปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยที่พบมากที่สุดได้แก่ การเจ็บป่วยจากการเป็นไข้หวัด (ร้อยละ 24) ตามด้วยการเจ็บป่วยจากโรคกระเพาะ (ร้อยละ 12) การเจ็บป่วยจากการปวดท้องจุกเสียด (ร้อยละ 12) การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร (ร้อยละ 12) และปวดศีรษะ (ร้อยละ 9) และการเจ็บป่วยอื่นๆ ได้แก่ การปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หอบ ภูมิแพ้ เป็นลม หน้ามืด ผื่นลมพิษ และปัญหาสายตา

โดยสรุปแล้ว ปัญหาสุขภาพที่พบในกลุ่มประชากรตัวอย่างมากที่สุด ได้แก่ การเป็นไข้หวัด โดยคิดเป็นร้อยละ 14 ของผู้ที่มีปัญหาสุขภาพทั้งหมด ตามด้วยการเป็นโรคกระเพาะ การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจราจร อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ หอบและภูมิแพ้ ตามลำดับ

ส่วนในเรื่องการอนามัยเจริญพันธุ์ การศึกษาครั้งนี้พบว่าในกลุ่มประชากรตัวอย่างที่สมรสหรือมีคู่แล้วนั้นมีการคุมกำเนิดด้วยยาเม็ดคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 38) ตามด้วยยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 35) และการทำหมันถาวร (ร้อยละ 3) และกลุ่มที่สมรสหรือมีคู่แล้วที่ไม่คุมกำเนิดคิดเป็นร้อยละ 24 ทั้งนี้จังหวัดที่พบการคุมกำเนิดมากที่สุดได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ตามด้วยจังหวัดสมุทรสาคร และตาก ตามลำดับ ส่วนที่จังหวัดระนองไม่พบการคุมกำเนิดใดๆ ในกลุ่มตัวอย่างที่สมรสหรือมีคู่ ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีอายุน้อยและยังไม่มีลูกหรือยังมีลูกจำนวนน้อยกว่าที่ต้องการ และเมื่อพิจารณาสัดส่วนของการคุมกำเนิดในกลุ่มทนายทรรุ่นที่ 2 พบว่า เมื่อเทียบกับอัตราการคุมกำเนิดของประชากรในประเทศไทยแล้ว ถือเป็นอัตราที่ค่อนข้างต่ำ โดยสาเหตุสำคัญน่าจะเป็นเพราะปัจจัยด้านความเชื่อและทัศนคติต่อจำนวนของการมีบุตรที่แตกต่างกันไปตามแต่ละวัฒนธรรม

สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอื่นๆ อันได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และการเที่ยวสถานบริการทางเพศนั้น พบว่า มีพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มประชากรตัวอย่างน้อยมาก โดยในเรื่องของการสูบบุหรี่ ร้อยละ 76 ของกลุ่มประชากรตัวอย่างไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 11 สูบเป็นบางครั้ง ร้อยละ 10 สูบเป็นประจำ และร้อยละ 3 สูบบุหรี่นานๆ ครั้ง โดยผู้ที่สูบบุหรี่นั้นเป็นผู้ชายเกือบทั้งหมด มีเพียงหนึ่งรายที่เป็นผู้หญิงที่สูบบ้างเป็นบางครั้งเท่านั้น ในเรื่องของการดื่มสุรา พบว่า ร้อยละ 76 ของกลุ่มประชากรตัวอย่างไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 15 ดื่มนานๆ ครั้ง ร้อยละ 6 ดื่มเป็นบางครั้ง และอีกร้อยละ 3 ดื่มเป็นประจำ โดยผู้ที่ดื่มสุรานั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มีผู้หญิงเพียง 5 ราย (ร้อยละ 6) เท่านั้นที่ดื่มเป็นบางครั้งหรือนานๆ ครั้ง ส่วนในเรื่องการเที่ยวสถานบริการทางเพศนั้น มีเพียงรายเดียว (ผู้ชาย) ที่จังหวัดตากที่ให้ข้อมูลว่า ไปเที่ยวแบบนานๆ ครั้ง และมีการป้องกันตัวเองโดยการใส่ถุงยางอนามัย

บทที่ 5

การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า

เนื้อหาในบทนี้เป็นการวิเคราะห์และอภิปรายถึงการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างทายาทรุ่นที่สองของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า โดยจะอธิบายถึงการเลือกใช้บริการทางด้านสาธารณสุขเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น เป็นไข้ ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เป็นต้น และการเลือกใช้บริการทางด้านสาธารณสุขเมื่อมีปัญหาสุขภาพอื่นๆ

ในด้านการเข้าถึงบริการทางสุขภาพเมื่อมีอาการไม่สบายเล็กน้อยๆ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ จากการเก็บข้อมูลทั้งด้วยแบบสอบถาม การสัมภาษณ์และพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างพบว่า เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะยังไม่ไปพบแพทย์ หรือสถานบริการสาธารณสุขใดๆ รวมทั้งไม่รับประทานยาใดๆ แต่จะรอให้หายเอง แต่หากอาการไม่ดีขึ้นจึงจะตัดสินใจไปซื้อยามารับประทานเอง หรือไปสถานีอนามัย ไปคลินิก หรือโรงพยาบาล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกวิธีซื้อยาทานเองตามร้านขายยา หรือร้านขายของชำในชุมชน ในหมู่บ้าน บางรายเลือกซื้อยาจากตลาดนัด ซึ่งยาดังกล่าวมีทั้งยาแผนปัจจุบันเช่น พาราเซตามอล (Paracetamol) ยาแก้ปวดลดไข้จำพวก ทิฟฟี ดีคอลเจน ยาต้มใจ เป็นต้น นอกจากนี้บางรายซื้อยาสมุนไพรตามร้านค้าในชุมชนซึ่งนำมาจำหน่ายจากพม่า หรือซื้อมาแล้วนำมาปรุงแต่งตามที่ได้รับการบอกเล่าจากครอบครัว เช่น การนำยาสมุนไพรมาผสมกับสุราขาว การซื้อยามารับประทานเองนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่ามีความสะดวกและราคาไม่แพง ประกอบกับไม่ต้องเสียเวลาในการไปพบแพทย์ซึ่งต้องลงงานไปทำให้ขาดรายได้จากการลาหยุดงาน ส่วนวิธีรองลงมาที่พบ คือการไปสถานีอนามัยและการไปคลินิกเอกชนตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่ากลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงรายมีส่วนมาก (ร้อยละ 55) เลือกวิธีการไปสถานีอนามัยเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ (รูป 5.1) ตามด้วยซื้อยามารับประทานเอง (ร้อยละ 35) ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาครซื้อยามารับประทานเอง ตามด้วยการไปหาหมอที่คลินิกเอกชน (ร้อยละ 30) และไปสถานีอนามัยเพียงแค่ร้อยละ 5 ส่วนที่อำเภอ

แม่สอด จังหวัดตากนั้นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) ชื้อยามารับประทานเอง ตามด้วยการไปคลินิกเอกชนและโรงพยาบาลในสัดส่วนอย่างละเท่าๆ กัน (ร้อยละ 10) และมีที่ไปสถานื่อนามัยเพียงแต่ร้อยละ 5 เท่านั้น สำหรับที่อำเภอเมืองระนอง ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเลือกซื้อยามารับประทานเอง ตามด้วยการไปสถานื่อนามัยและคลินิกเอกชนในสัดส่วนอย่างละเท่าๆ กัน (ร้อยละ 15) และไปโรงพยาบาล (ร้อยละ 5) ตามลำดับ สำหรับการไปรักษาที่คลินิกเอกชนซึ่งเสียค่าบริการมากกว่าวิธีการอื่นๆ แต่กลุ่มตัวอย่างที่เลือกวิธีดังกล่าวได้ให้เหตุผลว่า การไปคลินิกมีความสะดวก ไม่ทำให้เสียเวลา และคิดว่าได้ยาที่มีคุณภาพดีกว่ายาที่ได้รับจากการไปโรงพยาบาลหรือสถานื่อนามัย

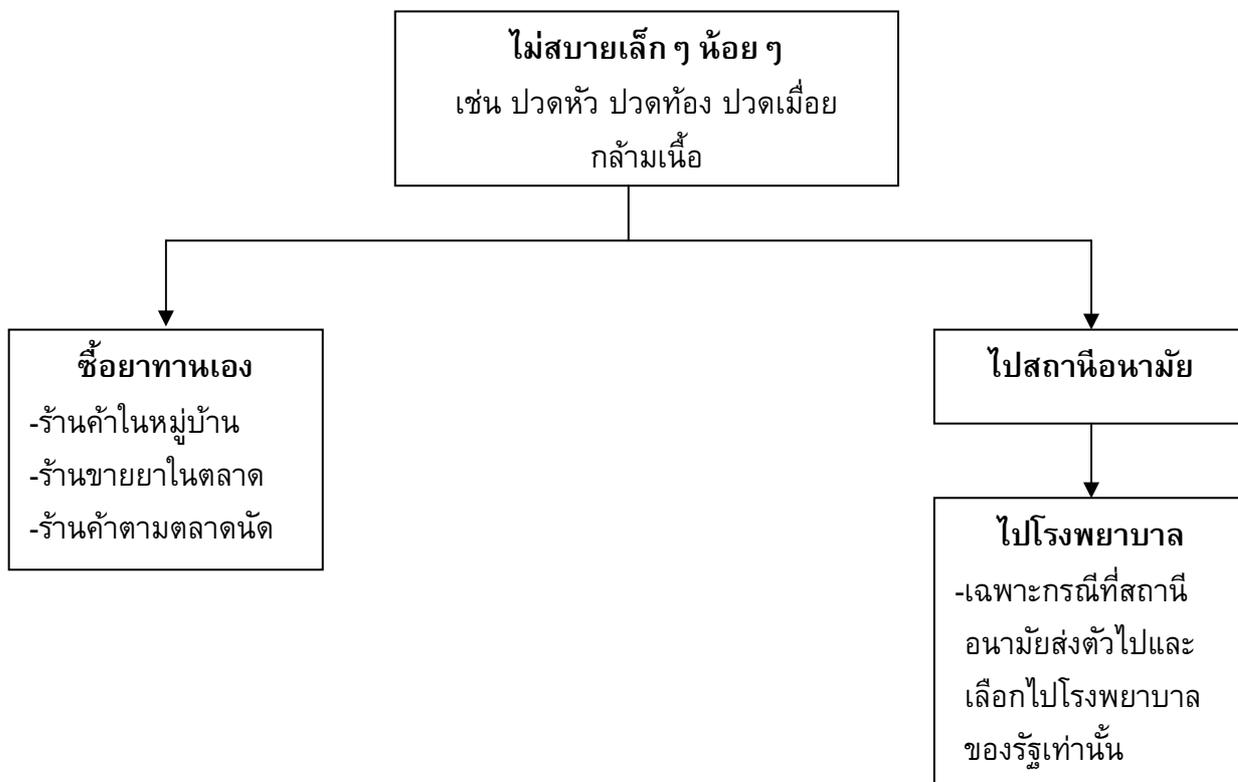


รูป 5.1 สถานื่อนามัยในพื้นที่ศึกษา อำเภอแม่เอย จังหวัดเชียงใหม่

ซึ่งการศึกษาในพื้นที่ศึกษา 4 จังหวัด สามารถสรุปพฤติกรรมทางเลือกรับบริการและการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในกรณีเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ดังต่อไปนี้

รูป 5.2 แสดงแผนผังการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในกลุ่มตัวอย่างที่อำเภอแม่เอย จังหวัดเชียงใหม่ โดยจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เลือกที่จะซื้อยาทานเอง เพราะคิดว่าเป็นอะไรมาก และสะดวก โดยยาดังกล่าวมักจะเป็นสามัญประจำบ้านทั่วไป ขณะเดียวกันก็มียาสมุนไพร หรือยาแผนโบราณแบบไทยใหญ่ ที่สามารถหาซื้อได้ตามตลาดนัด (รูป 5.3) รวมทั้งการไปสถานื่อนามัยเนื่องจากค่าใช้จ่ายถูก

กว่าไปคลินิก ส่วนกรณีของการไปโรงพยาบาลนั้นพบว่า ได้รับการส่งตัวจากคลินิกเพื่อไปรักษาต่อที่
โรงพยาบาล

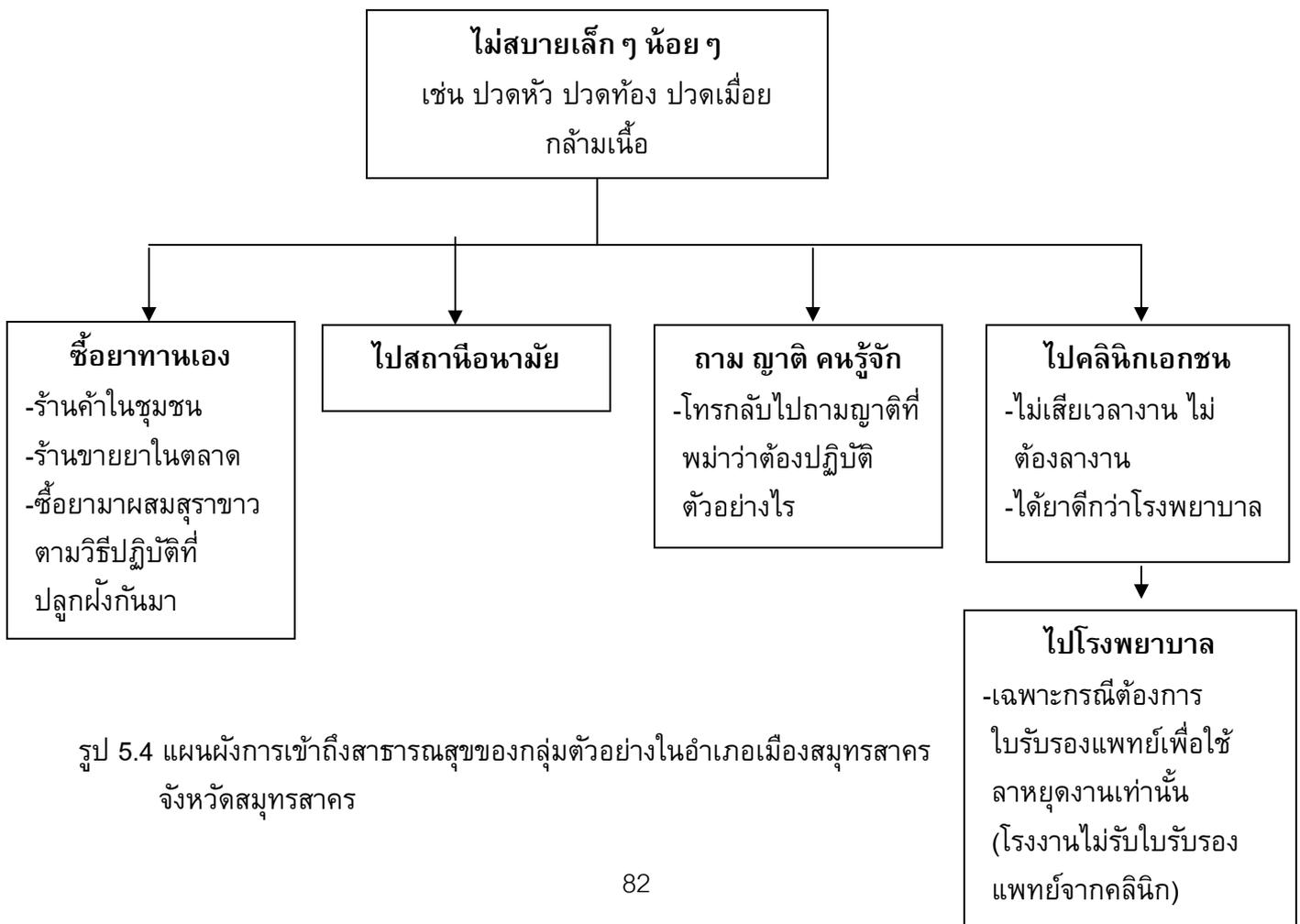


รูป 5.2 แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่



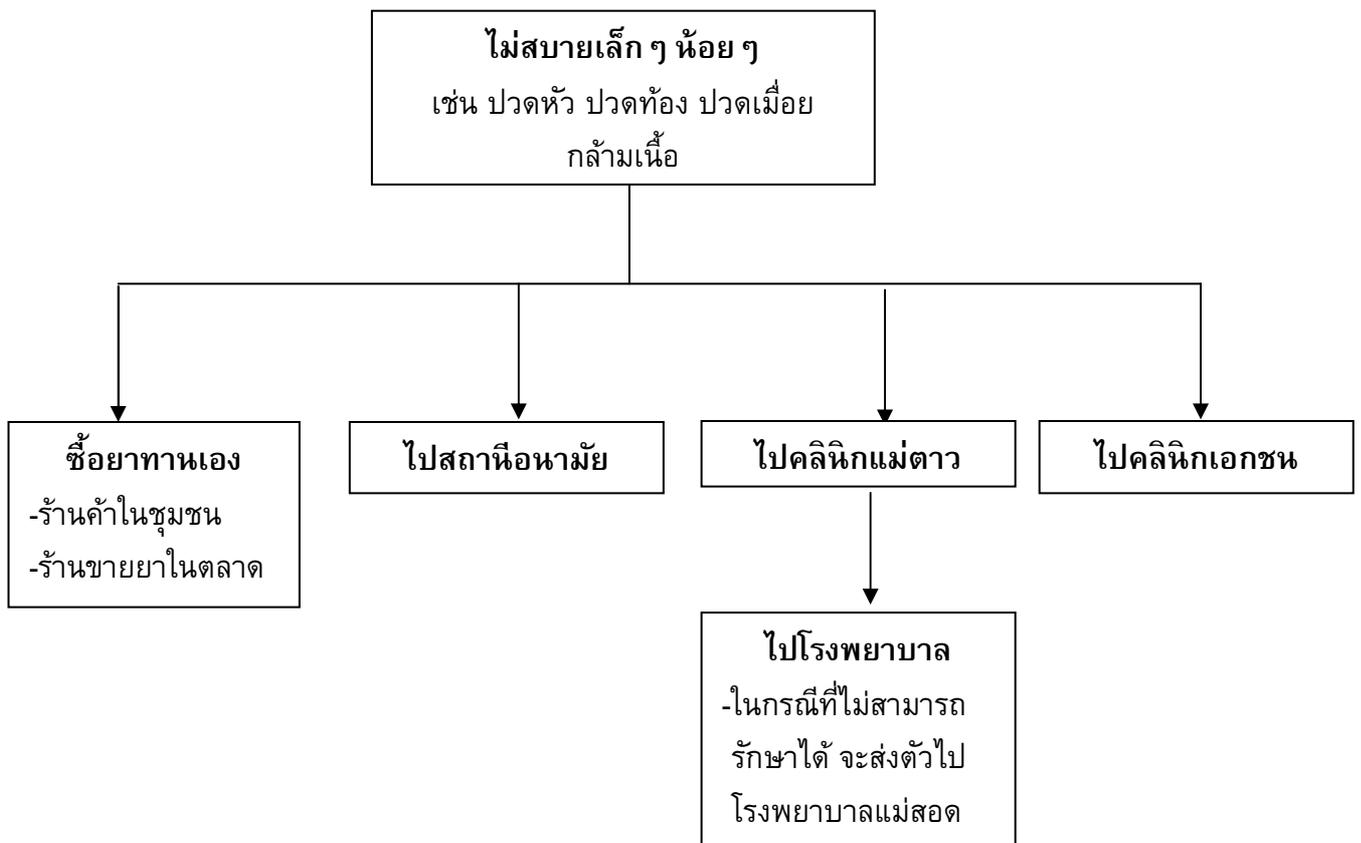
รูป 5.3 แผงขายยาในตลาดนัดในพื้นที่ศึกษา

รูป 5.4 แสดงแผนผังการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในกลุ่มตัวอย่างของอำเภอเมืองสมุทรสาคร โดยจะเห็นได้ว่าเมื่อมีอาการไม่สบายเล็กน้อยก็เลือกวิธีซื้อยาทานเองและบางรายก็เลือกไปสถานีอนามัย เช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ แต่มีบางรายเลือกที่จะโทรศัพท์กลับไปถามญาติพี่น้องที่พม่าที่เคยมีอาการในลักษณะที่ตนเองเป็นอยู่ ปรึกษาและปฏิบัติตามคำแนะนำดังกล่าว บางรายใช้วิธีที่เคยปฏิบัติแบบที่เคยถูกสั่งสอนมาตั้งแต่เด็ก เช่น นำยาสมุนไพรมาผสมสุราขาวและดื่มเมื่อเป็นไข้ เป็นต้น เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่จังหวัดสมุทรสาครมีการประกอบอาชีพเป็นหลักแหล่ง และมีรายได้ค่อนข้างมั่นคง จึงทำให้มีทางเลือกในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพเพิ่มขึ้นคือ การไปคลินิก โดยส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าไม่ต้องรอนาน ไม่เสียเวลาการทำงาน สามารถไปตอนเย็นหลังเลิกงานได้ ยาที่ได้ก็รู้สึกว่ามีความปลอดภัยกว่ายาที่ได้รับจากโรงพยาบาล และสามารถต่อรองได้ เช่น ขอเป็นยาฉีดแทนยาเม็ด เป็นต้น แต่หากต้องการใบรับรองแพทย์เพื่อขอยกเว้นงานจะต้องไปขอที่โรงพยาบาลเท่านั้น เพราะโรงงานส่วนใหญ่ไม่รับใบรับรองแพทย์จากคลินิก



รูป 5.4 แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

รูป 5.5 แสดงแผนผังการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งจะเห็นได้ว่าเมื่อเปรียบเทียบกับสองพื้นที่ก่อนหน้านี้แล้ว ในอำเภอแม่สอดมีทางเลือกในการรับบริการทางการแพทย์เพิ่มขึ้นมาคือ คลินิกแม่ตาว ซึ่งเป็นหน่วยรักษาพยาบาลในอำเภอแม่สอด (รูป 5.6) แต่หากทางคลินิกแม่ตาวไม่สามารถทำการรักษาได้ ก็จะถูกส่งตัวไปที่โรงพยาบาลแม่สอด ซึ่งมีความร่วมมือและการประสานงานร่วมกันในด้านการส่งตัวผู้ป่วย

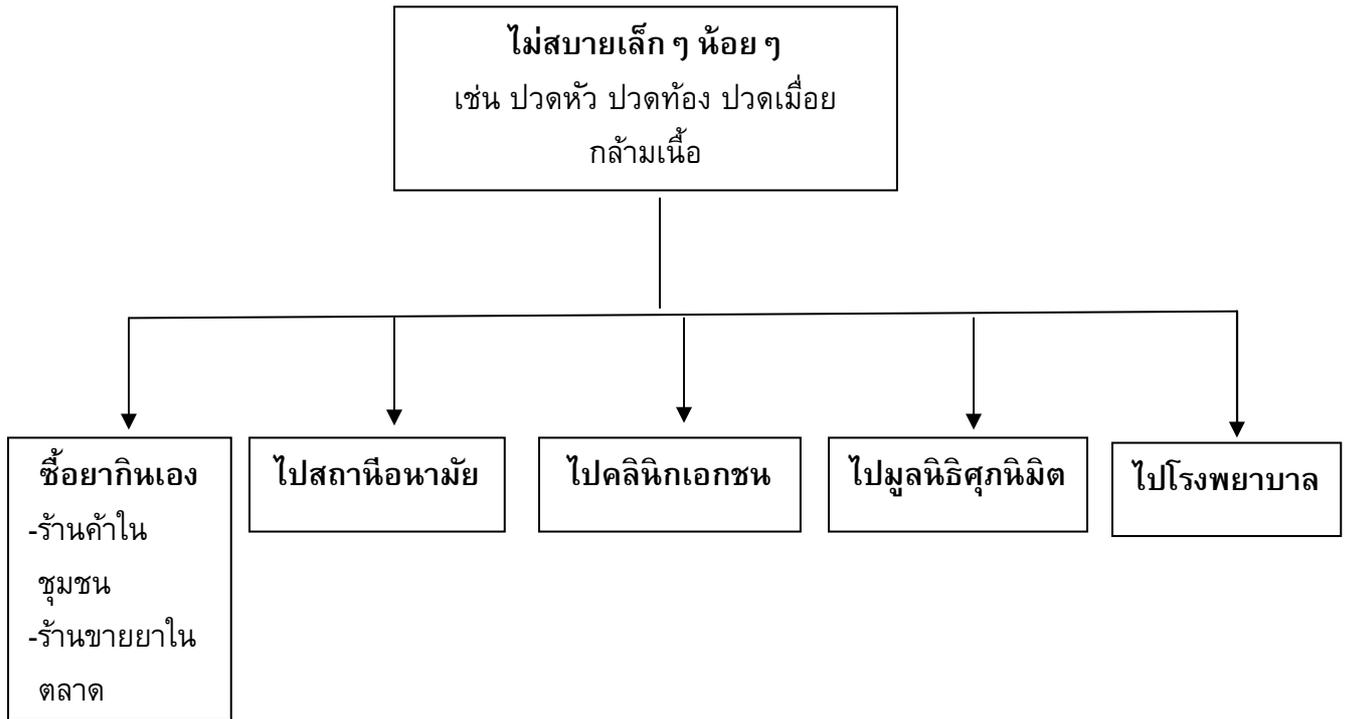


รูป 5.5 แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก



รูป 5.6 แม่ตาวคลินิก อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก

รูป 5.7 แสดงแผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดระนอง ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสามพื้นที่ก่อนหน้านี้ จะเห็นได้ว่ามีทางเลือกที่ต่างไปจากพื้นที่อื่นๆ เพิ่มขึ้นมาคือ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (จังหวัดระนอง) ซึ่งได้เปิดให้บริการคลินิกแก่กลุ่มแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ด้วย รวมถึงมีคลินิกเคลื่อนที่ที่จะมีเจ้าหน้าที่ชาวพม่าและแพทย์ชาวพม่าไปให้บริการตามชุมชนต่างๆ



รูป 5.7 แผนผังการเข้าถึงสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง

ส่วนการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ นั้น พบว่าร้อยละ 37 ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ตามด้วยสถานีอนามัยและคลินิกเอกชนในสัดส่วนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 20) ตามด้วยการซื้อยารับประทานเอง (ร้อยละ 7.5) ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 5) ไปรับการรักษาจากมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (จังหวัดระนอง) (ร้อยละ 1.5) และแม่ตาวคลินิก (ร้อยละ 1.5) และมีอีกร้อยละ 7.5 ที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆ เลย เมื่อพิจารณาแยกรายจังหวัดพบว่า กลุ่มตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 67) ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ตามด้วยสถานีอนามัย (ร้อยละ 27) และคลินิก (ร้อยละ 6) ที่จังหวัดสมุทรสาครส่วนใหญ่ไปรับการรักษาที่คลินิกเอกชน (ร้อยละ 37) ตามด้วย

โรงพยาบาลรัฐ (ร้อยละ 32) และโรงพยาบาลเอกชน (ร้อยละ 15) ที่จังหวัดตากส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ตามด้วยสถานีนอนมัย (ร้อยละ 21) และซื้อยามารับประทานเอง (ร้อยละ 14) ที่จังหวัดระนองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37) ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลรัฐ ตามด้วยสถานีนอนมัยและคลินิกในสัดส่วนเท่าๆ กัน (ร้อยละ 20) ทั้งนี้ การไปเลือกใช้บริการทางด้านสาธารณสุขนั้น กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนมีเหตุผลในการตัดสินใจเลือกใช้บริการต่างกันไป ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นข้อคิดเห็นเรื่องการใช้บริการทางด้านสาธารณสุขของกลุ่มตัวอย่างบางคนในพื้นที่ศึกษา

กรณีศึกษา 1 นาย ก ปัจจุบันอายุ 26 ปี เกิดในพม่า ย้ายตามพ่อมาอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาครตอนอายุ 9 ปี ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง มีประสบการณ์การใช้บริการที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร

นาย ก มีอาการเหนื่อยง่าย หายใจไม่ออก จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล จากการตรวจ พบว่าเป็นโรคหอบหืด ต้องนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลเป็นเวลา 3 วัน เสียค่าใช้จ่ายทั้งหมด 30 บาท ตามสิทธิ์การรักษาจากบัตร 30 บาท ในขณะนั้นนาย ก ยังพูดภาษาไทยไม่ค่อยได้ จึงให้พี่สาวที่ย้ายมาทำงานก่อนและพูดภาษาไทยได้แล้ว ไปเป็นเพื่อนและช่วยเป็นล่ามให้ นาย ก เล่าว่าในช่วงนั้นทางโรงพยาบาลสมุทรสาครเริ่มมีล่ามชาวต่างด้าวไว้คอยให้บริการ แต่มีเพียง 1 คน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการ จึงทำให้การบริการไม่เป็นที่น่าพอใจ ในกรณีของตนเองถือว่าโชคดีที่มีพี่สาวไปด้วยและคอยแปลสิ่งที่พยาบาลอธิบาย เพราะถ้าไม่มีล่ามหรือคนแปลให้ ตนเองก็คงจะสื่อสารไม่รู้เรื่อง ประกอบกับตนเองรู้สึกว่าการให้บริการไม่ดีเท่าที่ควร และไม่ได้รับความสนใจจากเจ้าหน้าที่เลย ยาก็ได้รับก็คิดว่า เป็นยาที่ไม่มีคุณภาพ คิดว่าเป็นเพราะค่าบริการเพียงแค่ 30 บาท เจ้าหน้าที่ต่างๆ คงไม่มาให้ความสนใจดูแลเพราะราคาถูกเกินไป

หลังจากที่เคยใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐแล้วไม่ได้รับความพึงพอใจ นาย ก จึงเลือกใช้บริการคลินิกเอกชนแทน แต่ครั้งเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 300 บาท แต่คิดว่าได้ยาที่ดี มีคุณภาพมากกว่าใช้บริการจากโรงพยาบาลของรัฐ และที่สำคัญคือ ไม่เสียเวลามากเท่ากับการไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐ

นาย ก ยังเล่าอีกว่าแรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาครส่วนใหญ่เลือกใช้บริการคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลเอกชนมากกว่าโรงพยาบาลของรัฐ เนื่องจากการไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐต้องไปตั้งแต่เช้า จึงทำให้เสียเวลาในการทำงาน ต้องลางานทั้งวัน ทำให้ขาดรายได้ แต่การไปเลือกใช้บริการคลินิกเอกชน หรือโรงพยาบาลเอกชน สามารถไปตอนเย็นหลังเลิกงานได้ ไม่ต้องเสียเวลางาน แม้จะต้องเสียค่าบริการมากกว่า แต่รู้สึกว่าย่าที่ได้มีคุณภาพมากกว่าและสามารถต่อรองกับหมอ พยาบาล ของคลินิกได้ในกรณีต้องการให้ฉีดยา

แรงงานต่างด้าวในจังหวัดสมุทรสาครส่วนใหญ่จะไปใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐในกรณีที่ต้องการขอใบรับรองแพทย์เท่านั้น ซึ่งนายจ้างบางโรงงานจะระบุว่าใบรับรองแพทย์ต้องมาจากโรงพยาบาลของรัฐเท่านั้น แต่หากเป็นใบรับรองแพทย์ทั่วไปสามารถหาซื้อได้จากคลินิกในราคาใบละ 40 บาทเท่านั้น

จากประสบการณ์ในเรื่องการสื่อสารจึงทำให้ นาย ก คิดว่าหากมีโอกาสช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวด้วยกันโดยเฉพาะในเรื่องการมาติดต่อกับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ ก็น่าจะทำให้แรงงานต่างด้าวมีโอกาสในการรักษาพยาบาลมากขึ้น ปัจจุบันนาย ก เป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขโดยทำหน้าที่เป็นล่ามให้กับโรงพยาบาลสมุทรสาครด้วย และจากประสบการณ์การเป็นเจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข นาย ก ยังได้เล่าด้วยว่า สาเหตุหนึ่งที่ทำให้แรงงานต่างด้าวโดยเฉพาะที่ไม่มีใบอนุญาตทำงานใดๆ ไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขเพราะกลัวโดนจับ บางส่วนจึงเลือกใช้บริการคลินิก เพื่อหลีกเลี่ยงการซักประวัติ หรือทำทะเบียนประวัติทางการแพทย์

กรณีศึกษา 2 นาย ข อายุ 20 ปี เกิดในประเทศไทย ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่จังหวัดสมุทรสาคร ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง มีประสบการณ์การใช้บริการคลินิกเอกชน

นาย ข เป็นซีส โดยตรวจพบจากคลินิกเอกชนแห่งหนึ่ง นาย ข เลือกเข้ารับการผ่าตัดซีสจากคลินิกเอกชนดังกล่าวแทนการรับบริการจากโรงพยาบาลที่ตนเองมีสิทธิ์การรักษาจากการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง ด้วยเหตุผลว่า การเข้ารับการรักษาจากโรงพยาบาลจะเสียเวลางาน นาย ข จึงเลือกใช้บริการคลินิกเอกชนดังกล่าว ซึ่งไม่ต้องเสียเวลาในการลาไปผ่าตัด ไม่ต้องนอนรักษาตัวเหมือนที่

โรงพยาบาล และมีล่ามไว้คอยให้บริการ แม้จะใช้เวลาในการรักษาเกือบหนึ่งเดือน เพราะต้องไปรับการตรวจ เจาะเลือด เอ็กซเรย์ และผ่าตัด ในตอนเย็นหลังเลิกงาน เสียค่ารักษารวมทั้งสิ้นเกือบ 5,000 บาท ซึ่งนาย ข พึงพอใจมากกว่าไปใช้บริการจากโรงพยาบาล เพราะนอกจากจะเสียเวลาในการรักษานานกว่าแล้ว ยังรู้สึกที่โรงพยาบาลเลือกैयाที่ไม่มีคุณภาพ เพราะค่ารักษาพยาบาลที่ถูกเกินไป ประกอบกับนาย ข มีความรู้สึกที่โรงพยาบาลมักให้ความสำคัญกับคนไทยมากกว่าแรงงานต่างด้าวแบบพวกตน จึงรู้สึกสบายใจกว่าเมื่อใช้บริการจากคลินิก แม้จะมีค่าใช้จ่ายมากกว่าแต่ก็ยินดีจ่ายเพราะรู้สึกว่าการบริการที่ดีกว่า

นาย ข ได้เล่าว่าบางครั้งเมื่อมีอาการตัวร้อน ไข้ขึ้นสูง แม้ซึ่งเป็นชาวพม่าเช่นกัน จะใช้วิธีการรักษาแผนโบราณโดยใช้ยาสตรี ซึ่งเป็นยาแผนโบราณพม่า สามารถหาซื้อได้ตามร้านขายของชำในชุมชนที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ผสมกับเหล้าขาว แล้วดื่มเป็นประจำ จากนั้นให้นอนพักโดยใช้ผ้าห่ม ห่ม คลุมร่างกายไว้ให้เกิดความร้อน เพื่อขับเหงื่อออกมาให้ได้มากที่สุด จนไข้ลดลง ซึ่งวิธีการดังกล่าวแม่ของนาย ข ได้รับการส่งสอนมาจากแม่ของตนตั้งแต่ตอนอาศัยอยู่ในพม่า

นาย ข ยังบอกอีกด้วยว่าแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่เลือกใช้บริการคลินิกเอกชนเพราะ รู้สึกสบายใจที่คลินิกเอกชนเกือบทุกแห่งในอำเภอเมืองสมุทรสาคร มีล่ามทั้งภาษาพม่า ภาษามอญไว้คอยให้บริการ แมตนเองจะพูดภาษาไทยได้แต่ก็รู้สึกสบายใจกว่าถ้ามีคนทีพูดภาษาเดียวกันคอยอธิบายและให้คำแนะนำ ดังนั้นตนเองจึงพยายามช่วยเหลือแรงงานต่างด้าวด้วยกันด้วยการสมัครเข้าเป็นล่ามที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร โดยขณะที่กำลังเก็บข้อมูลอยู่นั้น นาย ข กำลังฝึกงานและรับการอบรมการเป็นล่ามอยู่

กรณีศึกษา 3 นาย ค อายุ 24 ปี เกิดในพม่า ย้ายตามพ่อมาอยู่จังหวัดสมุทรสาครตั้งแต่อายุ 10 ปี ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง มักเลือกการซื้อยามารับประทานทานเอง เวลามีปัญหาสุขภาพเล็กๆ น้อยๆ

นาย ค เคยใช้บริการด้านสาธารณสุขทั้งโรงพยาบาล คลินิกเอกชน และการซื้อยาจากร้านค้าหรือร้านขายยารับประทานเอง โดยระบุว่า การใช้บริการโรงพยาบาลตามที่ตนเองมีสิทธิการรักษาพยาบาลจากการขึ้นทะเบียนกับนายจ้างนั้นเสียค่าบริการเพียงครั้งละ 30 บาท และได้รับการ

บริการที่ดีแต่ใช้เวลามากเกินไปในการไปใช้บริการแต่ละครั้ง ส่วนคลินิกนั้นการให้บริการดีไม่เท่ากับโรงพยาบาลและยามีราคาแพง การใช้บริการแต่ละครั้งประมาณ 200 บาท แต่มีข้อดีกว่าโรงพยาบาลตรงที่ไม่ต้องเสียเวลาในการไปใช้บริการที่นานเท่ากับโรงพยาบาล ขณะที่การซื้อยารับประทานเองนั้น นาย ค คิดว่าเป็นวิธีที่ดีที่สุด เพราะยาราคาไม่แพง ซื้อครั้งละ 5-10 บาท และไม่เสียเวลาในการไปรักษา สะดวก หาซื้อได้ง่าย ซึ่งยาที่นาย ค ซื้อส่วนใหญ่เป็นยาสามัญจำพวกพาราเซตตามอล

กรณีศึกษา 4 นาย ง จากอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อายุ 17 ปี เกิดในประเทศไทย ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง ทำงานในโรงงานแห่งหนึ่งในอำเภอแม่สอด แต่ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการการรักษาพยาบาลจากโรงงานที่ทำงานอยู่

นาย ง เคยไปใช้บริการที่โรงพยาบาล และพอใจในการให้บริการ แต่เนื่องจากโรงงานที่นาย ง ทำงานอยู่ มีหมอมาทำการรักษาพยาบาลภายในโรงงาน โดยทางโรงงานหักค่ารักษาจากรายได้ของแรงงาน เดือนละ 20 บาท ในรายของแรงงานที่ไม่ขึ้นทะเบียนใดๆ กับนายจ้างเลย ซึ่งนาย ง มีความเห็นว่าดีกว่าการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล หรือคลินิกต่างๆ เพราะไม่เสียเวลาด่าน หมอที่มาทำการรักษาก็เป็นชาวพม่า สื่อสารกันเข้าใจมากกว่า แม้ตนเองสามารถพูดภาษาไทยได้ชัดเจน แต่ก็เห็นว่าเพื่อนๆ แรงงานหลายๆ คน ก็พอใจในการรักษาพยาบาลลักษณะนี้มากกว่าการไปรักษาเองเช่นกัน

กรณีศึกษา 5 นาย จ จากอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อายุ 22 ปี เกิดในประเทศไทย ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง เลือกการซื้อยามาทานเอง เวลามีปัญหาสุขภาพเล็กๆ น้อยๆ

นาย จ เคยทำงานในกรุงเทพมหานคร เมื่อตอนอายุ 19-20 ปี เคยมีปัญหาสุขภาพคือ เป็นลมและปวดหัวบ่อยๆ แต่ไม่เคยไปพบแพทย์เลย เพราะตอนนั้นอยู่ในกรุงเทพมหานครคนเดียว ไม่มีญาติพี่น้อง ไม่มีเพื่อน จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะไปพบแพทย์ด้วยตนเอง ต่อมาเมื่อย้ายกลับมาทำงานที่อำเภอแม่สอด นาย จ มีปัญหาเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ มีการแพ้ฝุ่นจากงานที่ทำ จึงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล แต่เนื่องจากตนเองไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด ซึ่ง

ในการรักษาพยาบาลครั้งนั้นนาย จ ต้องนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล 2 วัน เสียค่าใช้จ่ายประมาณ 1,000 กว่าบาท แม้จะเห็นว่าทางโรงพยาบาลให้บริการ ดูแลเอาใจใส่ ได้ดี และสะดวกสบาย แต่คิดว่าค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียเองแพงเกินไป ดังนั้นในครั้งต่อๆ มา เมื่อตนเองมีอาการเจ็บป่วย ไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ จึงเลือกการซื้อยามารับประทานเอง ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่ามาก บางครั้งอาการเจ็บป่วยดังกล่าวก็หายไปเองโดยไม่ต้องใช้ยา โดยยาที่นาย จ ซื้อก็เป็นยาประเภทยาบรรเทาปวดจำพวกพาราเซตตามอล รวมทั้งยาสมุนไพรพม่า ซึ่งสามารถหาซื้อได้จากร้านค้าในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ โดยทั้งยาสามัญต่างๆ และยาสมุนไพรพม่า ได้รับการบอกเล่ามาจากเพื่อนๆ คนรู้จักในชุมชน และคนในครอบครัวว่าสามารถรักษาอาการต่างๆ ที่ตนเองประสบอยู่ได้

กรณีศึกษา 6 นาง ช อายุ 21 ปี เกิดในประเทศไทยที่จังหวัดระนอง ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง ปัจจุบันมีบุตร 2 คน และเคยใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐตอนคลอดบุตร

ตอนคลอดบุตรทั้งสองคน นาง ช ใช้สิทธิการรักษาจากบัตร 30 บาท โดยคิดว่าได้รับการเป็นอย่างดี มีความพึงพอใจจากการบริการดังกล่าว หลังจากการคลอดบุตร ตนเองไม่เคยมีอาการเจ็บป่วยใดๆ อีกเลย แต่หากมีอาการไม่สบายก็จะเลือกที่จะไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลของรัฐ ซึ่งตนเองก็เป็นพนักงานสาธารณสุขต่างดาว (พสต.) อยู่ ส่วนลูกๆ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยเกิดขึ้น นาง ช เลือกพาลูกๆ ไปใช้บริการคลินิกเอกชนแทน เพราะไม่เสียเวลาทำงานของตน ไม่ต้องรอนานเมื่อไปรักษา แม้จะเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าไปโรงพยาบาลของรัฐ คือเสียเงินครั้งละประมาณ 200- 300 บาท แต่ก็พอใจในการรักษา และสะดวกตรงที่ว่านาง ช ไม่ต้องลางาน โดยสามารถพาลูกไปพบแพทย์ในตอนเย็นหลังเลิกงาน

กรณีศึกษา 7 นางสาว ช อายุ 17 ปี เกิดในพม่า ย้ายตามแม่มาอยู่จังหวัดระนองตั้งแต่อายุ 6 ปี ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง เคยใช้บริการทางสาธารณสุขหลากหลายรูปแบบ

เมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดหัว เป็นไข้ นางสาว ช มักไปใช้บริการตรวจร่างกายทั้งจากโรงพยาบาลระนอง และจากสถานีอนามัยที่อยู่ใกล้กับโรงงานที่ทำงานอยู่ ซึ่ง

นางสาว ช สามารถใช้สิทธิจากบัตร 30 บาท โดยเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาทเท่านั้น หรือบางครั้งหาก รู้สึกว่าอาการไม่รุนแรงมาก ก็จะเลือกซื้อยารับประทานเองจากร้านค้าในหมู่บ้าน แต่ในบางครั้งนางสาว ช ก็ใช้บริการคลินิกเอกชน เธอเลือกรักษาตาปลาที่คลินิกเอกชนแห่งหนึ่งของอำเภอเมืองระนอง โดย นายจ้างเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ก่อน แล้วหักจากค่าแรงของเธอ นายจ้างเห็นว่ารวดเร็วและไม่เสียเวลาในการไปคอยเหมือนที่โรงพยาบาล จึงแนะนำให้เธอไปที่คลินิก ซึ่งเธอก็พอใจในการบริการ โดยเธอเห็นว่า ทั้งการไปโรงพยาบาล สถานีอนามัย คลินิก หรือการซื้อยามารับประทานเอง ล้วนแต่สะดวกสบาย ขึ้นอยู่กับว่ามีเวลาอย่างน้อยขนาดไหน สะดวกไปรับการรักษาตอนไหนมากกว่า เพราะแต่ละแห่งก็ให้บริการได้ดีเหมือนๆ กัน

กรณีศึกษา 8 นาย ฅ อายุ 24 ปี เกิดที่จังหวัดระนอง ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง มักเลือกใช้ บริการของคลินิกมากกว่าโรงพยาบาล

นาย ฅ เคยใช้บริการทั้งโรงพยาบาลและคลินิกหลายแห่งในอำเภอเมืองระนอง ในครั้งแรกนาย ฅ มีอาการปวดท้อง จึงไปใช้บริการจากโรงพยาบาลและใช้สิทธิการรักษาจากบัตร 30 บาท แต่นาย ฅ ไม่รู้สึกประทับใจในการให้บริการโดยเฉพาะในเรื่องความล่าช้า ต้องรอนานมาก จนนาย ฅ คิดว่าหากตน ปวดท้องเป็นไส้ติ่ง คงเสียชีวิตตั้งแต่ตอนรอรับการตรวจที่โรงพยาบาลแล้ว ประกอบกับยาที่ได้รับส่วน ใหญ่ก็เป็นยาพาราเซตตามอล ซึ่งตนเองรู้สึกว่าสามารถหาซื้อมารับประทานได้เอง ไม่จำเป็นต้องมา โรงพยาบาล หลังจากนั้นเป็นต้นมา เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจนถึงขั้นต้องไปพบแพทย์ นาย ฅ จึงเลือกใช้ บริการคลินิกต่างๆ แทน แม้จะต้องเสียค่าบริการแพงกว่าโรงพยาบาลคือ ต้องเสียค่าบริการครั้งละ ประมาณ 200- 500 บาท แต่ไม่ต้องเสียเวลาในการรอคอย ขั้นตอนการรักษา ยาที่ได้รับ ก็รู้สึกว่ามี คุณภาพมากกว่า จึงไม่กลับไปใช้บริการโรงพยาบาลอีกเลย

กรณีศึกษา 9 นาง ญ อายุ 25 ปี เกิดในพม่าและย้ายตามพ่อแม่มาอยู่จังหวัดเชียงใหม่ตั้งแต่อายุ 8 ปี ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง เคยใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐตอนคลอดบุตร

ในการคลอดบุตรทั้งสองคน นาง ญ ได้ใช้สิทธิจากบัตร 30 บาท ซึ่งสามารถใช้บริการได้จากโรงพยาบาลซึ่งนาง ญ มีความพึงพอใจในการให้บริการดังกล่าว แต่นอกจากการใช้สิทธิในการคลอดบุตรแล้ว นาง ญ ไม่เคยไปใช้บริการอย่างอื่นอีกเลย เพราะตนเองสุขภาพแข็งแรงดี ไม่เจ็บป่วยใดๆ เลย จึงคิดว่าจะไม่ทำบัตร 30 บาท เพื่อใช้ในการรักษาอีกต่อไป เพราะหากไม่มีการไปคลอดบุตรแล้ว ตนเองก็ไม่มีความจำเป็นที่ต้องไปโรงพยาบาล นาง ญ เสียค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเพื่อทำบัตร 30 บาท หากตนเองมีปัญหากการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ก็สามารถขอยาได้จากสถานอนามัยภายในหมู่บ้านได้ ไม่จำเป็นต้องซื้อยาจากร้านค้า หรือร้านขายยา

ในการทำบัตร 30 บาท นาง ญ อธิบายว่าแรงงานต้องจ่ายค่าตรวจสุขภาพ 1,900 บาทต่อปี โดยนายจ้างจะออกให้ก่อน จากนั้นจึงมาผ่อน หรือหักจากค่าแรง ในช่วงที่ตนกำลังตั้งท้อง การทำบัตร 30 บาท ก็มีความคุ้มค่า เพราะสามารถนำมาใช้ตอนคลอดบุตรได้ แต่หลังจากนี้ ตนมองไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องมีบัตรดังกล่าว และเสียเงิน หากลูกๆ มีปัญหาด้านสุขภาพ ก็สามารถไปใช้บริการสถานอนามัยภายในหมู่บ้านได้ ซึ่งเสียค่าใช้จ่ายแค่ครั้งละ 30- 50 บาท หรือหากไม่มีก็ไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

กรณีศึกษา 10 นาง ฎ อายุ 27 ปี เกิดในประเทศไทย ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ ไม่ได้รับการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง เคยใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐตอนคลอดบุตร

นาง ฎ ใช้บริการโรงพยาบาลของรัฐตอนคลอดบุตร แต่เนื่องจากนาง ฎ ไม่ได้ขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง และไม่มีบัตร 30 บาท จึงต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง ประมาณ 3,000 บาท ซึ่งนาง ฎ ก็ประทับใจในการให้บริการจากโรงพยาบาล แต่หลังจากคลอดบุตรทั้งสองแล้ว นาง ฎ ก็ไม่เคยไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอีกเลย หากลูกๆ ของเธอเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ นาง ฎ จะพาไปรักษาที่สถานอนามัยในหมู่บ้านก่อน หากอาการยังไม่ดีขึ้น จึงพาไปโรงพยาบาล ซึ่งต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง แต่นาง ฎ รู้สึกว่ายาที่ได้รับก็มีคุณภาพดีกว่ายาที่ได้จากสถานอนามัยในหมู่บ้าน แต่หากอาการยังไม่ดีขึ้นก็จะพาลูกๆ ไปรักษาที่คลินิก ใน

อำเภอฝาง ซึ่งนาง ฐ มีความเห็นว่า แม้ราคาจะแพงแต่การรักษาและคุณภาพของยา ดีกว่าที่ได้จาก
โรงพยาบาลแม่สาย

บทที่ 6

ปัจจัยส่งเสริม ปัญหาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข

เนื้อหาในบทนี้เป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยส่งเสริม ปัญหาและข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข ซึ่งได้แยกอธิบายออกเป็น 3 ประเด็นใหญ่ๆ ครอบคลุมถึงเรื่องสถานภาพและสิทธิการรักษาพยาบาล รายได้ ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ รวมถึงบทบาทขององค์กรต่างๆ

6.1 สถานภาพและสิทธิการรักษาพยาบาล

จากมติคณะรัฐมนตรีเดือนเมษายน 2547 ที่อนุญาตให้มีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตาม ซึ่งแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่ไปขึ้นทะเบียนจะได้รับใบ ทร. 38/1 ที่มีเลขหมายเลขประจำตัว 13 หลัก โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และผู้ที่ต้องการทำงานจะต้องได้รับการตรวจร่างกาย โดยเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจ 600 บาท และต้องจ่ายค่าบัตรประกันสุขภาพอีก 1,300 บาท แล้วถึงจะไปขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งมีค่าใช้จ่าย 100 บาทและค่าใบอนุญาตทำงาน 1,800 บาท รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด 3,800 บาท ทั้งนี้นอกจากกลุ่มที่ต้องการทำงานแล้ว กลุ่มผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว (หมายถึงบิดา/มารดาสามี/ภรรยา บุตรของแรงงานต่างด้าว ที่ได้รับอนุญาตทำงาน) สามารถรับการตรวจสุขภาพและ/หรือประกันสุขภาพได้ตามความสมัครใจ โดยอาจตรวจสุขภาพเพียงอย่างเดียวโดยเสียค่าใช้จ่าย 600 บาท หรือถ้าต้องการเข้าสู่ระบบการประกันสุขภาพจะต้องได้รับการตรวจสุขภาพด้วย โดยเสียค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท และค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท โดยแยกเป็นค่ารักษาพยาบาล 964 บาท (ครอบคลุมถึงผู้ป่วยนอก 499 บาท ผู้ป่วยใน 415 บาท และค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท) ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 206 บาท และค่าบริหารจัดการอีก 130 บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 1,900 บาท/คน/ปี โดยการประกันสุขภาพใช้ชุดสิทธิประโยชน์เดียวกับแรงงานต่างด้าว (รายละเอียดเกี่ยวกับการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าวสามารถดูได้จากภาคผนวก 3)

สำหรับรายละเอียดการประกันสุขภาพนั้นจะมีระยะเวลาคุ้มครอง 1 ปี และผู้มีประกันจะต้องร่วมจ่ายในการรับบริการครั้งละ 30 บาท มีเป้าหมายหลักคือเพื่อควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน รวมถึงจะเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

ตาราง 3.8 ที่แสดงสถานภาพการขึ้นทะเบียนของกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ศึกษา ได้ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในจังหวัดสมุทรสาคร (ร้อยละ 95) และจังหวัดระนอง (ร้อยละ 80) มีใบอนุญาตทำงานหรือมีการขึ้นทะเบียนกับนายจ้าง ซึ่งหมายถึงมีการประกันสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของจังหวัดตาก (ร้อยละ 95) และจังหวัดเชียงใหม่ (ร้อยละ 80) ไม่มีใบอนุญาตทำงาน และส่วนใหญ่ก็ไม่มีในการทำประกันสุขภาพด้วยเช่นกัน อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาจากตาราง 6.1 จะเห็นได้ว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพียงส่วนหนึ่งเท่านั้นที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพที่ถูกต้องตามกฎหมายและมีสิทธิในการรักษาพยาบาล แต่ไม่เลือกไปใช้บริการเพราะคิดว่าโรงพยาบาลที่ตนเองทำประกันสุขภาพนั้นจ่ายยาคุณภาพไม่ดี และบางแห่งให้บริการล่าช้า ทำให้เสียเวลารอนานและการกลางานเพื่อไปโรงพยาบาลกระทบกับการประกอบอาชีพและรายได้ หรือบางกรณีมีปัญหาในเรื่องของการสื่อสารที่แม้กลุ่มตัวอย่างจะพูดภาษาไทยได้ แต่ก็ไม่มีconfidence และบางครั้งรู้สึกว่าเป็นศัพท์ที่ยากและซับซ้อน ส่วนในกรณีของผู้ที่ไม่ได้ทำประกันสุขภาพ บางคนไม่กล้าไปใช้บริการที่โรงพยาบาลเพราะรู้ว่าสถานภาพผิดกฎหมาย กลัวโดนจับประวัติ กลัวโดนจับและส่งกลับ รวมถึงกลัวเรื่องปัญหาในการสื่อสาร โดยเฉพาะศัพท์เทคนิคยากๆ ที่ตนอาจไม่เข้าใจ ในทางกลับกัน ในบางกรณี แม้รู้ว่าตนเองไม่ได้ทำประกันสุขภาพแต่รู้จักเครือข่ายครอบครัว เพื่อนฝูง ญาติพี่น้องว่าหากไม่มีเงินก็ไม่ต้องจ่ายเพราะทางโรงพยาบาลมักจะสงเคราะห์ให้ผู้ป่วยที่ไม่มีเงินจ่ายอยู่แล้ว จึงทำให้กล้าที่จะไปใช้บริการ อีกประเด็นหนึ่งที่น่าสนใจคือกลุ่มตัวอย่างบางคนคิดว่าสุขภาพตนเองแข็งแรง ไม่ค่อยเจ็บป่วย จึงไม่รู้ว่าเสียเงินทำประกันสุขภาพไปทำไม ซึ่งการเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพ 1,900 บาทต่อปีเป็นค่าใช้จ่ายที่สูง และแทบไม่ได้ไปใช้บริการจึงเห็นว่ามันคุ้มเท่ากับเงินที่จ่ายไปและไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องทำประกันสุขภาพ

ตาราง 6.1 สิทธิที่ใช้ในการรักษาเมื่อมีปัญหาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง แยกตามพื้นที่ศึกษา

สิทธิและการเสีย ค่าใช้จ่ายในการ รักษา	เชียงใหม่	สมุทรสาคร	ตาก	ระนอง
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ
จ่ายเต็มจำนวน	53	74	50	35
จ่ายไม่ครบจำนวน	33	5	22	12
ใช้สิทธิ 30 บาท	7	16	-	23
นายจ้างจ่ายให้	-	-	7	12
ใช้สิทธิการเป็นอสต.	7	-	7	6
ไม่ไปรับการรักษา	-	5	14	12
รวม	100	100	100	100

จากเหตุผลบางส่วนที่กล่าวมาแล้ว จึงทำให้ในแต่ละปีมีผู้ป่วยต่างด้าวทั้งที่ขึ้นทะเบียนและไม่ขึ้นทะเบียนที่เข้ารับการรักษาในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยเฉพาะที่โรงพยาบาลตามชายแดนเป็นจำนวนมาก การศึกษาในพื้นที่ขนาดเล็กระดับหมู่บ้านที่เป็นพื้นที่ศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่ที่มีประชากรต่างด้าวแฝงอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก โดยจากการสำรวจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขพบว่า มีประชากรต่างด้าวแฝงประมาณ 1,500 คน ซึ่งในจำนวนดังกล่าว มีเพียงแค่หนึ่งในสามหรือประมาณ 500 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนตามหลักประกันสุขภาพ หากวิเคราะห์จากข้อมูลค่ารักษาพยาบาล ณ สถานีอนามัยที่ให้บริการในพื้นที่ดังกล่าว พบว่ามีค่าใช้จ่ายสูงเคราะห์ ต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนสูงกว่า ค่าใช้จ่ายต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียนถึง 4.5 เท่า โดยค่าใช้จ่ายสูงเคราะห์ต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนคิดเป็นร้อยละ 18 ของยอดรวมค่าใช้จ่ายทั้งหมดในปีงบประมาณ 2552

หากพิจารณาในระดับกว้างขึ้นเช่นในกรณีของอำเภอแม่สอด พบว่าค่าใช้จ่ายในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่แรงงานต่างด้าวในปีงบประมาณ 2551 ของสถานีอนามัยในเขตอำเภอแม่สอด มีค่าใช้จ่ายในกลุ่มแรงงานที่มีบัตรประกันสุขภาพเป็นเงินทั้งสิ้น 100,271 บาท ค่าใช้จ่ายในกลุ่มแรงงานไม่มีบัตรประกันสุขภาพเป็นเงินทั้งสิ้น 881,460 บาท โดยในจำนวนดังกล่าวร้อยละ 47 เป็นการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (รักษาฟรี)

นอกจากนี้ ข้อมูลค่ารักษาพยาบาลที่ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยชาวไทยและชาวต่างชาติจากโรงพยาบาลแม่สอด ได้ชี้ให้เห็นว่าค่ารักษาพยาบาลที่ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยต่างชาติมีสัดส่วนที่สูงกว่าค่ารักษาพยาบาลที่ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยชาวไทย โดยสูงกว่าถึง 38 เท่าในปี 2549 โดยมีค่ารักษาพยาบาลที่สงเคราะห์ผู้ป่วยต่างชาติเป็นเงินทั้งสิ้น 43,766,079 บาท อย่างไรก็ตามสัดส่วนความแตกต่างดังกล่าวได้มีแนวโน้มลดลง โดยลดลงมาเป็นสูงกว่า 13 เท่าในปี 2551 แต่หากพิจารณาตัวเลขค่าใช้จ่ายแล้วพบว่าค่ารักษาพยาบาลที่สงเคราะห์ผู้ป่วยทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในส่วนที่สงเคราะห์ผู้ป่วยต่างชาติเพิ่มขึ้นเป็น 49,259,392 บาท ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าค่ารักษาพยาบาลที่ให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยต่างชาติของโรงพยาบาลแม่สอดนั้น บางส่วนครอบคลุมถึงคนจากทางฝั่งพม่าซึ่งไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอแม่สอดแต่ได้ข้ามมารักษาตัวยังโรงพยาบาลแม่สอด รวมถึงมีบางส่วนที่มาจากฝั่งพม่า มารักษาตัวที่แม่ตากคลินิกและถูกส่งต่อมายังโรงพยาบาล

ตาราง 6.2 และ 6.3 แสดงค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล 4 แห่งของจังหวัดสมุทรสาครระหว่างปี 2549-2551 โดยจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในช่วงเวลาดังกล่าวของผู้ป่วยในที่มีบัตรประกันสุขภาพอยู่ที่ 53,159,225 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่รักษาหรืออยู่ที่ 6,667,136 บาท และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่จ่ายเงินอยู่ที่ 6,578,404 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในช่วงเวลาดังกล่าวของผู้ป่วยนอกที่มีบัตรประกันสุขภาพอยู่ที่ 30,565,166 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่รักษาหรืออยู่ที่ 762,062 บาท และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่จ่ายเงินอยู่ที่ 3,844,036 บาท ทั้งนี้กรณีของจังหวัดสมุทรสาครถือเป็นกรณีพิเศษเนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่มีใบอนุญาตทำงานซึ่งครอบคลุมถึงการมีบัตรประกันสุขภาพ ในกรณีของแรงงานที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ส่วนใหญ่มีรายได้หรือมาจากครอบครัวที่มีรายได้ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับแรงงานต่างด้าวในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ จึงทำให้สามารถที่จะจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองได้ อย่างไรก็ตามก็ดี เป็นที่น่าสังเกตว่าค่ารักษาพยาบาลที่ต้องรักษาฟรีทั้งในกลุ่มผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งอาจทำให้เป็นภาระที่หนักหน่วงของรัฐต่อไป

ตาราง 6.2 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยในระหว่างปี 2549 - 2551 ของโรงพยาบาล
ในจังหวัดสมุทรสาคร

ปี	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ			
			(รักษาฟรี)		(จ่ายเงิน)	
พ.ศ.	คน	บาท	คน	บาท	คน	บาท
2549	3,958	50,648,603	447	4,832,194	1,448	5,654,255
2550	4,435	58,319,341	557	7,477,495	4,927	7,381,066
2551	3,699	50,509,731	545	7,691,719	6,307	6,699,890

ตาราง 6.3 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2549 – 2551 ของ
โรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร

ปี	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ			
			(รักษาฟรี)		(จ่ายเงิน)	
พ.ศ.	ครั้ง	บาท	ครั้ง	บาท	ครั้ง	บาท
2549	88,569	25,434,911	1,543	910,514	5,939	2,295,886
2550	104,635	32,883,551	1,564	330,083	24,916	3,940,018
2551	98,240	33,377,037	1,491	1,045,591	31,348	5,296,114

ตาราง 6.4 และ 6.5 แสดงค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกใน
โรงพยาบาลระนอง ระหว่างปี 2550-2552 โดยจะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในช่วงเวลาดังกล่าวของผู้ป่วย
ในที่มีบัตรประกันสุขภาพอยู่ที่ 5,644,889 บาทต่อปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่รักษา
ฟรีอยู่ที่ 3,610,079 บาท และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่จ่ายเงินอยู่ที่ 32,701,141
บาท ส่วนค่าใช้จ่ายเฉลี่ยในช่วงเวลาดังกล่าวของผู้ป่วยนอกที่มีบัตรประกันสุขภาพอยู่ที่ 2,669,571 บาท

ต่อปี ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่รักษาฟรีอยู่ที่ 18,366 บาท และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยของผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่จ่ายเงินอยู่ที่ 1,941,628 บาท ทั้งนี้ กรณีของจังหวัดระนองถือได้ว่ามีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่รักษาฟรีเป็นสัดส่วนที่ต่ำมากเมื่อเทียบกับผู้ไม่มีบัตรประกันสุขภาพที่จ่ายเงิน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยนอก

ตาราง 6.4 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยในระหว่างปี 2550 - 2552

ของโรงพยาบาลระนอง

ปี	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ			
			(รักษาฟรี)		(จ่ายเงิน)	
	พ.ศ.	คน	บาท	คน	บาท	คน
2550	1,579	3,350,255	446	4,083,142	2,127	9,312,258
2551	1,433	5,969,251	529	3,527,922	2,472	11,806,583
2552	1,805	7,615,162	587	3,219,174	3,017	11,582,300

ตาราง 6.5 ค่ารักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวที่เป็นผู้ป่วยนอกระหว่างปี 2550 - 2552

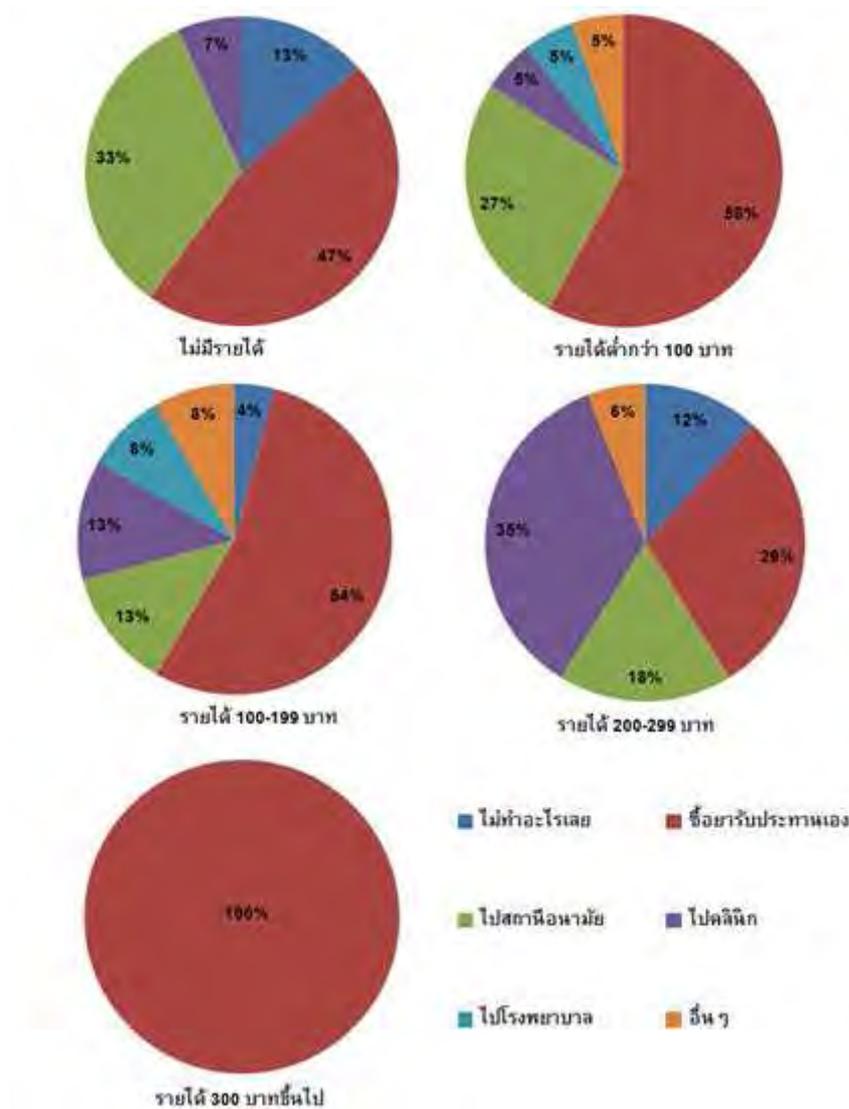
ของโรงพยาบาลระนอง

ปี	มีบัตรประกันสุขภาพ		ไม่มีบัตรประกันสุขภาพ			
			(รักษาฟรี)		(จ่ายเงิน)	
	พ.ศ.	ครั้ง	บาท	ครั้ง	บาท	ครั้ง
2550	15,214	1,542,366	36	16,154	6,163	1,610,681
2551	16,228	2,500,166	53	19,124	12,699	1,738,340
2552	17,858	3,966,182	82	19,820	13,007	2,475,862

6.2 รายได้

ผลจากการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการเลือกรักษาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยได้ชี้ให้เห็นว่าปัจจัยเรื่องรายได้ไม่มีความสัมพันธ์ที่ชัดเจนกับวิธีการเลือกรักษาสุขภาพของกลุ่มประชากรตัวอย่าง จากรูป 6.1 จะเห็นได้ว่า มีรูปแบบที่คล้ายคลึงกันในวิธีการเลือกรักษาสุขภาพในกลุ่มที่ไม่มีรายได้ กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 100 บาทต่อวัน และกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 100-199 บาทต่อวัน โดยในกลุ่มที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 47 เลือกที่จะซื้อยารับประทาน ตามด้วยการไปสถานอนามัย การไม่ทำอะไรเลย และการไปคลินิก ในกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 100 บาทต่อวัน ร้อยละ 58 เลือกที่จะซื้อยารับประทานเองเช่นกัน ตามด้วย การไปสถานอนามัย และตามด้วยการไม่ทำอะไรเลยและการไปคลินิกในสัดส่วนเท่าๆ กัน ในกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 100-199 บาท ร้อยละ 54 เลือกที่จะซื้อยารับประทาน ตามด้วยการไปสถานอนามัยและคลินิกในสัดส่วนเท่าๆ กัน และตามด้วยการไม่ทำอะไรเลย ส่วนในกลุ่มที่มีรายได้ค่อนข้างสูงคือที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 200-299 บาทต่อวันนั้น ร้อยละ 35 ไปคลินิก ร้อยละ 29 เลือกซื้อยารับประทานเอง ตามด้วยการไปสถานอนามัยและการไม่ทำอะไรเลย ในกลุ่มนี้อาจพอเห็นภาพได้ว่าผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูงจะเลือกไปรักษาที่คลินิกมากกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในกลุ่มที่มีรายได้ 300 บาทขึ้นไปต่อวันแล้วจะเห็นได้ว่าทุกคนเลือกที่จะซื้อยารับประทานเองมากกว่าการรักษาด้วยวิธีการอื่นๆ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ามีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการตัดสินใจของคนกลุ่มดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นความสำคัญของระยะเวลาในการไปใช้บริการ เช่น ถ้าไปโรงพยาบาลของรัฐอาจต้องลงงานไปทำให้ส่งผลกระทบต่ออาชีพและรายได้ นอกจากนี้บางส่วนคิดว่าแม้จะไปสถานอนามัยหรือไปโรงพยาบาลก็ต้องเสียค่าใช้จ่าย 30 บาท ซึ่งเมื่อเทียบกับการซื้อยารับประทานเองก็ถือว่า 30 บาทนั้นแพงเกินจำเป็น เช่น ไปรักษาที่สถานอนามัยหรือโรงพยาบาลแล้วได้รับการจ่ายยาแก้ปวดซึ่งถ้าซื้อเองข้างนอกจะเสียค่าใช้จ่ายเพียงแผงละ 10 บาทและสามารถซื้อได้ตามร้านค้าในหมู่บ้านหรือตามตลาดนัดได้อย่างสะดวก นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน จึงไม่กล้าไปใช้บริการยังสถานบริการของรัฐเพราะต้องการหลีกเลี่ยงการช้ประวัติ และกลัวถูกจับและส่งกลับ จึงซื้อยารับประทานเอง แต่ถ้าไม่หายจริงๆ จึงไปที่คลินิกเพราะสะดวก รวดเร็ว ไม่ซักถามจุกจิก แม้จะจ่ายแพงกว่าที่อื่นๆ ก็ตาม นอกจากนี้ผู้ที่อยู่ในกลุ่มรายได้ 200-299 บาทต่อวัน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งเป็นจังหวัดที่มี

แรงงานต่างด้าวอยู่เป็นจำนวนมาก มีคลินิกเอกชนให้บริการกว่า 50 แห่งในอำเภอเมืองสมุทรสาคร บางแห่งมีแพทย์ชาวพม่า บางแห่งมีแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชาวไทย และมีเจ้าหน้าที่พม่าที่ช่วยเป็นล่ามทำให้ได้รับความสะดวกมากกว่าไปที่อื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ไม่เครียด และกล้าที่จะปรึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีคลินิกเคลื่อนที่ของทางสาธารณสุขจังหวัดออกให้บริการในชุมชนต่างๆ อีกด้วย



รูป 6.1 วิธีการเลือกรักษาสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยแยกตามระดับรายได้

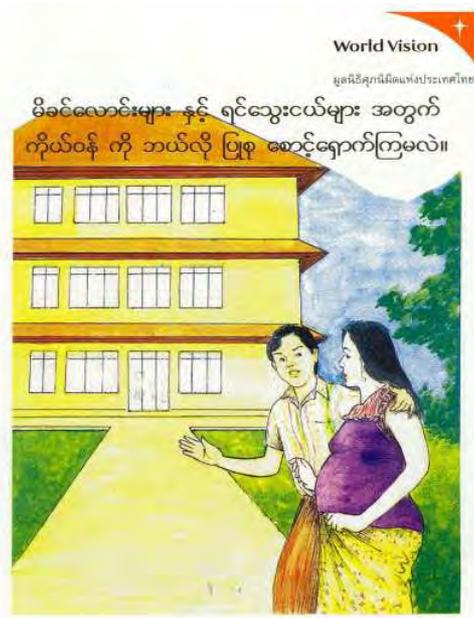
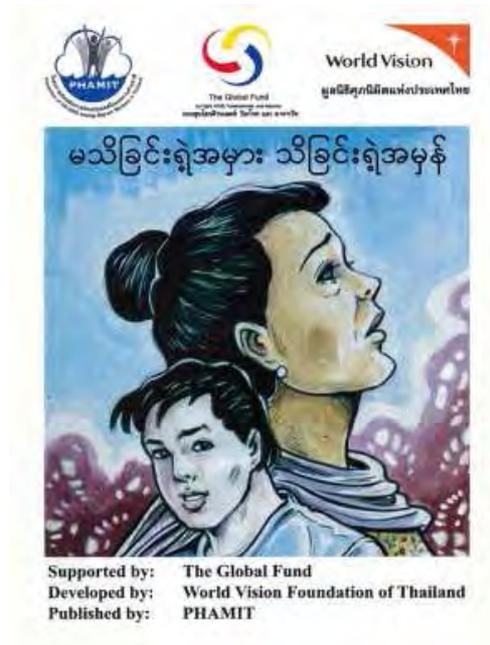
6.3 ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารสุขภาพ

คงปฏิเสธไม่ได้ว่าการสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคหรือปัญหาสุขภาพ รวมไปถึงการตัดสินใจไปใช้บริการยังสถานบริการสาธารณสุขต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นระดับสถานีอนามัย โรงพยาบาล คลินิก หรือวิธีอื่นๆ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยเรื่องภาษาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เลือกที่จะไปใช้บริการที่ไหน อย่างไร การสร้างอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคในเรื่องการติดต่อสื่อสารและเพื่อให้แรงงานต่างด้าวได้เข้าถึงบริการทางสุขภาพมากขึ้นมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเลือกใช้บริการทางสาธารณสุขในกลุ่มทนายท่ 2 รวมถึงแรงงานต่างด้าวทั่วไป

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่จังหวัดเชียงใหม่ การอาศัยกันอยู่ภายในหมู่บ้านปะปนกับคนท้องถิ่นและการที่มีพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติคอยไปให้ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ หรือช่วยเป็นผู้ประสานการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทำให้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ส่วนใหญ่นิยมไปใช้บริการที่สถานีอนามัยในพื้นที่ และถ้ามีปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ซับซ้อน ทางสถานีอนามัยก็จะทำการส่งตัวไปที่โรงพยาบาลแม่ข่ายต่อไปโดยผ่านการประสานงานกับทางพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีองค์กรเอกชน (โครงการซิลด์ เชียงใหม่) เป็นผู้สนับสนุนในเรื่องภาระเงินเดือนให้แก่พนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติเหล่านี้

สำหรับที่อำเภอแม่สอด พบว่าหน่วยงานที่มีบทบาทอย่างมากให้การประสานงานทางด้านสุขภาพได้แก่ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (แม่สอด) ซึ่งได้มีบทบาทในการให้ความรู้แก่แรงงานต่างด้าวในชุมชน มีการจัดตั้งศูนย์บริการสุขภาพในชุมชน โดยเฉพาะในเรื่องการให้ความรู้ เฝ้าระวัง และช่วยประสานในเรื่องของการรักษาผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์และวัณโรค การจัดให้มีแพทย์ชาวพม่าให้บริการในชุมชน หรือการสร้างสื่อต่างๆ ที่ทำให้แรงงานต่างด้าวได้รับความรู้และการป้องกันโรคอย่างถูกต้องและเหมาะสม (รูป 6.2) นอกจากนี้แล้วยังมีแม่ตาวคลินิกที่มีแรงงานต่างด้าวทั้งในและนอกพื้นที่อำเภอแม่สอดทั้งในฝั่งไทยและฝั่งพม่ามาใช้บริการเป็นจำนวนมาก เพราะไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และมีแพทย์ แพทย์ฝึกหัด ผู้ช่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานที่เป็นชาวพม่า รวมถึงการมีแพทย์และ

นักศึกษาแพทย์ที่เป็นอาสาสมัครจากที่ต่างๆ ทั่วโลกมาช่วยในการรักษาอีกด้วย ดังนั้นผู้เข้ามาใช้บริการจึงสามารถสื่อสารด้วยภาษาพม่าได้อย่างสะดวก นอกจากนี้ที่แม่ตาวคลินิกยังมีหน่วยรับแจ้งเกิดเพื่อรับรองการเกิดให้เด็กต่างด้าวโดยมีหนังสือรับรองการเกิด รวมถึงสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กต่างด้าวที่บันทึกสามภาษา คือ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ และภาษาพม่าเช่นเดียวกับที่ใช้ในโรงพยาบาลของรัฐและเอกชน (รูป 6.3 และ 6.4) ส่วนโรงพยาบาลแม่สอดนั้นมีภารกิจที่สำคัญทั้งให้เรื่องการส่งเสริม การเฝ้าระวังโรค และการรักษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าในแต่ละปีมีผู้ไปใช้บริการเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะชาวต่างด้าวจากในประเทศและจากพม่า



รูป 6.2 เอกสารเผยแพร่ภาษาต่างด้าวในการให้ความรู้ทางสุขภาพของมูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย

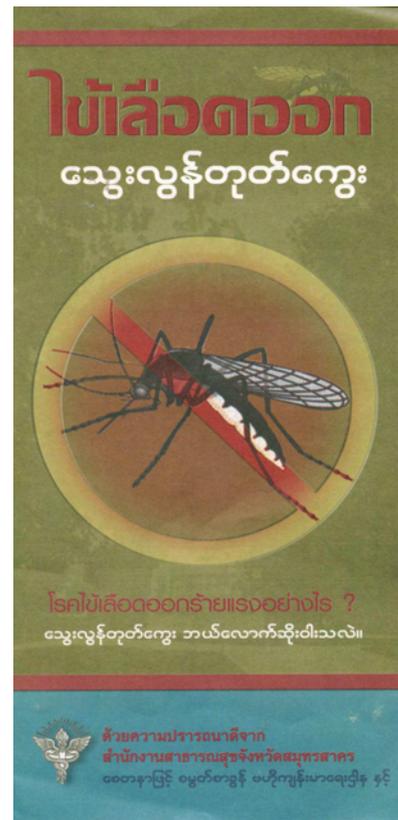
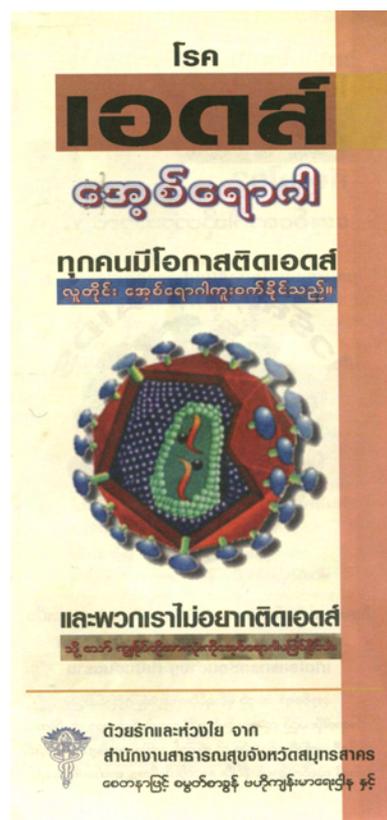


รูป 6.3 สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กต่างด้าว

สำหรับที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร พบว่า การมีพนักงานสาธารณสุขต่างด้าว ซึ่งปัจจุบันอยู่ภายใต้การว่าจ้างของสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร โดยประจำอยู่ที่สถานีอนามัยบางแห่งในพื้นที่ที่มีชุมชนต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก มีผลอย่างมากต่อการเข้าถึงของรัฐในการส่งเสริมสุขภาพและการรักษาโรค โดยมีพนักงานเหล่านี้เป็นผู้ประสานในเรื่องของการเป็นล่าม อย่างไรก็ตาม สำหรับพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาครซึ่งมีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก การมีคลินิกเอกชนหลายสิบแห่งที่มีทั้งแพทย์ชาวไทย ชาวพม่า และมีเจ้าหน้าที่ชาวพม่าที่จะช่วยเป็นล่ามได้ลดปัญหาในเรื่องการสื่อสารไปได้มาก นอกจากนี้ทางสาธารณสุขจังหวัด รวมถึงองค์กรเอกชน และมูลนิธิต่างๆ ยังมีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะในเรื่องการให้ความรู้ข้อมูลทางสุขภาพและช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและเฝ้าระวังโรค เช่น การทำแผ่นพับเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคต่างๆ ที่เป็นภาษาพม่า ส่วนทางโรงพยาบาลสมุทรสาครเองได้จัดตั้งศูนย์พิเศษร่วมกับมูลนิธิรักษ์ไทย และภาคีเครือข่ายสำหรับดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยเฉพาะโดยเรียกว่าศูนย์คูใจหรือ Buddy Center ซึ่งได้จัดให้มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคอยให้บริการและมีพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติคอยช่วยเหลือในเรื่องการแปลภาษาและการติดต่อประสานงานต่างๆ (รูป 6.5) และมีการเผยแพร่ข้อมูลโรคเฝ้าระวังที่สำคัญต่างๆ เป็นสองภาษา (รูป 6.6)



รูป 6.5 ศูนย์คู่ใจสำหรับแรงงานต่างด้าวที่โรงพยาบาลสมุทรสาคร



รูป 6.6 เอกสารเผยแพร่ข้อมูลโรคเฝ้าระวังสำคัญต่างๆ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครที่จัดทำเป็นสองภาษา

สำหรับที่อำเภอเมืองระนอง พบว่า หน่วยงานเอกชนที่มีบทบาทมากได้แก่ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (ศูนย์ประสานงานโครงการพิเศษระนอง) (รูป 6.7) ซึ่งมีภาระหน้าที่ต่าง ๆ คล้ายกับมูลนิธิที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก แต่จะมีเพิ่มเติมคือในการมีคลินิกให้บริการปรึกษาและรักษาโรค ทั้งที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็ก เอชไอวี/เอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้ก็มีการจัดสรรล่ามพม่าจากโครงการฟ้ามิตรไว้คอยบริการแรงงานต่างด้าว ทั้งในโรงพยาบาลและตามสถานีอนามัยต่าง ๆ ส่วนทางโรงพยาบาลระนองได้จัดให้มีการบริการแบบ one stop service ที่คอยให้บริการทั้งตรวจสุขภาพ รักษา ส่งเสริมและเฝ้าระวังโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว โดยมีล่ามชาวพม่าไว้คอยช่วยเหลือและให้คำแนะนำต่าง ๆ



รูป 6.7 มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (ศูนย์ประสานงานโครงการพิเศษระนอง)

สำหรับการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพของกลุ่มประชากรตัวอย่างนั้น การศึกษารั้งนี้ได้มีการสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อสำคัญต่างๆ ได้แก่ ไข้เลือดออก มาเลเรีย เหาช้าง ชิฟิลิส วัณโรค เอตส์ และไข้หวัดใหม่ 2009 ผลการศึกษาพบว่าโรคที่กลุ่มตัวอย่างรู้จักหรือเคยได้ยินมากที่สุดได้แก่ เอตส์ ตามด้วยไข้หวัดใหม่ 2009 ไข้เลือดออก วัณโรค เหาช้าง มาเลเรีย และชิฟิลิส ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 6.6 และตาราง 6.7 แสดงความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญของกลุ่มตัวอย่างแยกตามพื้นที่ศึกษา ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าโรคที่รู้จักกันส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารมาจากทางหน่วยงานของรัฐหรือองค์กรเอกชน ไม่ว่าจะเป็นทางพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติหรืออาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ หรือทางสื่อที่หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ จัดทำและเผยแพร่ อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่าส่วนใหญ่รู้จักหรือเคยได้ยินแต่เพียงผิวเผิน ไม่ทราบวิธีการแพร่ระบาดที่แน่ชัดและไม่ทราบวิธีป้องกันตนเองที่เหมาะสมจากโรคดังกล่าว

ตาราง 6.6 ความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญของกลุ่มตัวอย่าง

โรค	รู้จัก		ไม่รู้จัก		รวม	
	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)	(คน)	(ร้อยละ)
ไข้เลือดออก	59	73.75	21	26.25	80	100.00
มาลาเรีย	47	58.75	33	41.25	80	100.00
เหาช้าง	48	60.00	32	40.00	80	100.00
ชิฟิลิส	18	22.50	62	77.50	80	100.00
วัณโรค	50	62.50	30	37.50	80	100.00
เอตส์	68	85.00	12	15.00	80	100.00
ไข้หวัดใหม่ 2009	62	77.50	18	22.50	80	100.00

ตาราง 6.7 ความรู้เรื่องโรคติดต่อสำคัญของกลุ่มตัวอย่างแยกตามพื้นที่ศึกษา

โรค	เชียงใหม่ (ร้อยละ)		สมุทรสาคร (ร้อยละ)		ตาก (ร้อยละ)		ระนอง (ร้อยละ)	
	รู้จัก	ไม่รู้จัก	รู้จัก	ไม่รู้จัก	รู้จัก	ไม่รู้จัก	รู้จัก	ไม่รู้จัก
ไข้เลือดออก	70.00	30.00	70.00	30.00	85.00	15.00	70.00	30.00
มาลาเรีย	50.00	50.00	85.00	15.00	45.00	55.00	55.00	45.00
เท้าช้าง	40.00	60.00	65.00	35.00	70.00	30.00	65.00	35.00
ซิฟิลิส	10.00	90.00	45.00	55.00	10.00	90.00	25.00	75.00
วัณโรค	55.00	45.00	75.00	25.00	75.00	25.00	45.00	55.00
เอดส์	80.00	20.00	95.00	5.00	100.00	0.00	65.00	35.00
ไข้หวัดใหม่ 2009	70.00	30.00	75.00	25.00	90.00	10.00	75.00	25.00

6.4 บทบาทขององค์กรต่าง ๆ

จากการวิเคราะห์การเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุขของแรงงานต่างด้าว สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนถึงบทบาทขององค์กรต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐและเอกชน ที่มีภาระหน้าที่ การประสานงาน และร่วมมือกันในการส่งเสริมและป้องกันโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ทั้งนี้โครงการพหุมิตรถือเป็นโครงการที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการริเริ่มการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ อย่างเป็นทางการและริเริ่มระบบใหม่ๆ ในการสร้างเครือข่ายและการผลิตสื่อทางด้านสุขภาพ

โครงการพหุมิตร (PHAMIT) หรือชื่อเต็มคือ โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติประเทศไทย (Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand) ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกต้านเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (Global Fund Against AIDS, Tuberculosis and Malaria – GFATM) มีการดำเนินการครอบคลุมในพื้นที่ 19 จังหวัดชายทะเล และ 3 จังหวัดชายแดนไทย-พม่า โดยมูลนิธิรักษ์ไทย ร่วมกับภาคีองค์กรพัฒนาเอกชน 7 องค์กร ได้แก่ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิพัฒนรักษ์ ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (มูลนิธิแมพ) มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (เอ็มพาวเวอร์) และองค์กรพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (องค์กรแพช) และภาคีภาครัฐ ได้แก่

สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยตาราง 6.8 แสดงพื้นที่ดำเนินการและองค์กรที่รับผิดชอบ

โครงการฟ้ามิตรมีระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ถึง 30 กันยายน 2551 มีเป้าหมายในการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่ในแรงงานข้ามชาติและครอบครัว 3 สัญชาติ ได้แก่ พม่า กัมพูชาและลาว รวมถึงประชากรกลุ่มชาติพันธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์ที่สนับสนุนเชื่อมโยงไปสู่เป้าหมายหลัก ได้แก่ การเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องและการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติและครอบครัว การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขของรัฐในด้านการป้องกันโรค และการรักษาที่เหมาะสมกับแรงงานข้ามชาติและครอบครัว การส่งเสริมให้เกิดระบบสนับสนุนทางสังคมจิตใจและชุมชน ที่เอื้อต่อสุขภาวะที่ดีของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว และการสนับสนุนให้มีนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาวะของแรงงานข้ามชาติและครอบครัว ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ โดยรูป 6.8 เป็นแผนผังกิจกรรมบริการต่างๆภายใต้โครงการฟ้ามิตร และรูป 6.9 เป็นแผนผังการทำงานในชุมชนโครงการฟ้ามิตรเพื่อสร้างความตระหนักเรื่องเอชไอวีและการใช้ถุงยางอนามัย

ทั้งนี้แนวคิดที่โดดเด่นและมีประโยชน์ต่อการพัฒนาเครือข่ายการส่งเสริมและเฝ้าระวังโรคภายใต้โครงการฟ้ามิตรได้แก่ การพัฒนาอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ (อสต.) และการพัฒนาพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ (พสต.) โดยแนวคิดอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ เกิดขึ้นจากแนวคิดของอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสาธารณสุขมูลฐานที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการทั่วประเทศไทย โดยบทบาทของอสต. ได้แก่ การให้ความรู้และให้คำปรึกษาแนะนำด้านสุขภาพ เช่น เอดส์ กามโรค การใช้ถุงยางอนามัย อนามัยแม่และเด็ก อบรมผู้ป่วยวัณโรคเรื่องการกินยา การดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์เป็นหลัก และยังรวมถึงการเป็นล่ามให้เจ้าหน้าที่และเพื่อนแรงงาน ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล และประสานงานกับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ตาราง 6.8 จังหวัดและองค์กรที่ดำเนินการภายใต้โครงการฟาร์มิตร

จังหวัด	องค์กร
จังหวัดชายฝั่งทะเล 19 จังหวัด	
สมุทรปราการ	มูลนิธิรักษ์ไทย
สมุทรสาคร	มูลนิธิรักษ์ไทย
สมุทรสงคราม	มูลนิธิรักษ์ไทย
เพชรบุรี	มูลนิธิรักษ์ไทย
ประจวบคีรีขันธ์	มูลนิธิรักษ์ไทย
ตราด	มูลนิธิรักษ์ไทย
จันทบุรี	มูลนิธิรักษ์ไทย
สุราษฎร์ธานี	มูลนิธิรักษ์ไทย
นครศรีธรรมราช	มูลนิธิรักษ์ไทย
ตรัง	มูลนิธิรักษ์ไทย
ปัตตานี	มูลนิธิรักษ์ไทย
ระยอง	มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
ชลบุรี	มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
สงขลา	ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล
สตูล	ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล
ชุมพร	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
ระนอง	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
พังงา	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
ภูเก็ต	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
จังหวัดชายแดนไทย-พม่า 3 จังหวัด	
เชียงใหม่	มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง จังหวัดเชียงใหม่ มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์
ตาก (แม่สอด)	มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
กาญจนบุรี	มูลนิธิพัฒนรักษ์

ที่มา: พร้อมบุญ พาณิชภัคดีและคณะ (2552)

สำหรับแนวคิดการพัฒนาพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติ (พสต.) มีแนวคิดมาจากข้อจำกัดในเรื่องการสื่อสารของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขของแรงงานข้ามชาติเพราะแรงงานส่วนใหญ่มีความหวาดกลัว ไม่ไว้วางใจ และกังวลใจในสถานภาพที่ผิดกฎหมายของตน ดังนั้นองค์กรต่างๆ จึงร่วมกันพัฒนาแกนนำหรืออาสาสมัครแรงงานข้ามชาติด้านสุขภาพมาเป็น พสต. เพื่อช่วยเหลือแรงงานข้ามชาติในเรื่องสุขภาพ การให้ความรู้ การช่วยเป็นล่าม ประสานงานกับสถานบริการของรัฐ เผยแพร่ความรู้ในชุมชน และประสานงานและดูแลอาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ ปัจจุบันมีกลุ่มพสต.ที่จ้างโดยงบประมาณของโรงพยาบาลใน 10 จังหวัดนำร่องของโครงการฟ้ามิตร โดยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในการให้บริการแรงงานข้ามชาติที่เข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ

บทที่ 7

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

7.1 อภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นความพยายามที่จะศึกษาถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า เพื่อทำความเข้าใจถึงประเด็นปัญหาสุขภาพในประชากรกลุ่มดังกล่าว ความท้าทายของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ความพยายามที่จะเสาะหาข้อมูลประชากรตัวอย่างเพื่อให้ตรงกับค่านิยามที่ทางโครงการฯ ได้กำหนดไว้ นั่นคือ เกิดในประเทศไทยหรือย้ายตามพ่อและ/หรือแม่มาอาศัยอยู่ในประเทศไทยตั้งแต่เด็ก ความท้าทายประการที่สองคือ การเสาะแสวงหาฐานข้อมูลที่จะเป็นตัวชี้นำหรือบ่งบอกถึงสถานการณ์ทางสุขภาพของประชากรกลุ่มดังกล่าว ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า ทำได้ยากยิ่งเนื่องจากข้อมูลทุติยภูมิที่เก็บรวบรวมโดยหน่วยงานต่างๆ นั้น เป็นข้อมูลของแรงงานต่างด้าวในภาพรวม และยกเว้นข้อมูลค่าใช้จ่ายในผู้ป่วยประเภทต่างๆ ของโรงพยาบาลแล้ว ข้อมูลอื่นๆ เช่น ข้อมูลสถานการณ์โรคหรือการเฝ้าระวังโรคในประชากรกลุ่มต่างๆ ไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงภาพทั้งหมดของแรงงานผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่าทั้งหมด บางข้อมูลมีเพียงเฉพาะข้อมูลโรคในกลุ่มที่มาขึ้นทะเบียนขอใบอนุญาตทำงาน ซึ่งต้องมีการตรวจคัดกรองโรคบางโรคเท่านั้น ดังนั้นจึงไม่ได้รวมถึงโรคที่ไม่ได้อยู่ในข้อกำหนดการคัดกรอง เช่น เอชไอวี/เอดส์ เป็นต้น ข้อจำกัดของข้อมูลเหล่านี้ทำให้สถานการณ์โรคต่างๆ ที่ได้นำเสนอไปเป็นการสะท้อนภาพเฉพาะกลุ่มแรงงานที่ขึ้นทะเบียนเท่านั้นซึ่งได้มีการคาดการณ์ว่ามีเพียงหนึ่งในสามหรือน้อยกว่านั้นเมื่อเทียบกับแรงงานที่มาจกประเทศพม่าทั้งหมด

การศึกษาในเรื่องสถานการณ์ทางสุขภาพในกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ของแรงงานจากประเทศพม่านี้ จึงได้จากการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งมีความคิดเห็นตรงกันว่า เป็นเรื่องยากที่จะแยกวิเคราะห์ว่าสถานการณ์โรคในกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 นี้มีความแตกต่างกับรุ่นที่ 1 หรือรุ่นอื่นๆ อย่างไร ประการแรกคือ ในกลุ่มแรงงานที่มารับบริการทางสาธารณสุขนั้น ไม่ได้มีข้อกำหนดในการสอบถามหรือซักประวัติที่

จะทำให้แยกแยะได้ว่าแรงงานผู้นั้นเข้ามาในประเทศไทยตั้งแต่เมื่อใด และอาศัยอยู่ในประเทศไทยเป็นระยะเวลาานานเท่าใด อันจะนำไปสู่การวิเคราะห์ต่อได้ว่าแรงงานผู้นั้นเป็นรุ่นใดได้ ประการที่สอง คือ ในเรื่องของการเจ็บป่วยหรือการเป็นโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อที่สามารถติดต่อหรือแพร่ระบาดถึงกันได้หมดในกลุ่มประชากรที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ชุมชน หรือพื้นที่เดียวกัน หรือแพร่ระบาดออกในวงกว้าง ดังนั้นโรคอะไรที่ทำให้แรงงานต่างด้าวโดยรวมเกิดความเสี่ยงก็มักจะรวมไปถึงความเสี่ยงของทายาทรุ่นที่ 2 รุ่นที่ 3 และรุ่นอื่นๆ ด้วย ฉะนั้นความเสี่ยงในการเกิดโรคติดต่อต่างๆ จึงไม่น่าที่จะมีความแตกต่างกันมากนัก ซึ่งโรคเหล่านี้ ได้แก่ โรคเฝ้าระวังทางสาธารณสุขที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นโรคมาเลเรีย ไข้ซ้าง วัณโรค โรคเรื้อน ซิฟิลิสและเอชไอวี/เอดส์ โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของวัณโรคและเอชไอวี/เอดส์ น่าจะเป็นโรคอันดับต้นๆ ที่ควรให้ความสำคัญอย่างต่อเนื่อง เพราะประเทศไทยเป็นประเทศที่ยังพบอัตราการป่วยเป็นวัณโรคเป็นอันดับต้นๆ ของโลก และกลุ่มแรงงานต่างด้าว ถือว่ามีความเสี่ยงสูงเนื่องจากลักษณะของการพักอาศัยที่อยู่รวมกันอย่างค่อนข้างแออัด และจากสภาพการทำงานของแรงงานต่างด้าวในบางอาชีพที่ต้องทำงานในสภาพแวดล้อมที่อับชื้นและแออัด ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรคผ่านทางอากาศหรือจามที่ทำให้เชื้อกระจายในอากาศ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ก็เป็นอีกโรคที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมากเพราะประเทศไทยเองเป็นประเทศหนึ่งที่มีอัตราการติดเชื้อสูง และมีผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตและเสียชีวิตไปแล้วเป็นจำนวนไม่น้อย ที่สำคัญรูปแบบการติดเชื้อที่ผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์ทำให้สามารถกระจายความเสี่ยงในการเป็นโรคออกไปได้ในวงกว้างทั้งในกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มคนทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานทั้งแรงงานไทยและแรงงานต่างด้าวที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์ในสถานบริการต่างๆ ซึ่งไม่ว่าจะเป็นแรงงานหรือแรงงานต่างด้าวต่างก็มีปฏิสัมพันธ์และโครงข่ายทางเพศที่ซับซ้อน ไม่ว่าจะเป็นกรณีของหญิงขายบริการต่างด้าวที่ขายบริการให้ลูกค้าชาวไทยและชาวต่างด้าว หรือหญิงคนไทยที่ขายบริการให้ลูกค้าที่เป็นชาวไทยและชาวต่างด้าวเช่นเดียวกัน ซึ่งปฏิสัมพันธ์และความเสี่ยงดังกล่าวสามารถทำให้โรคมีการแพร่ระบาดออกไปในวงกว้างได้อย่างคาดไม่ถึง

อย่างไรก็ตาม สิ่งหนึ่งที่น่าจะถือได้ว่าเป็นข้อได้เปรียบของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 คือ การอาศัยอยู่ในประเทศไทยมาเป็นระยะเวลาานานและโดยเฉพาะการเกิดในประเทศไทย ทำให้ประชากรกลุ่มนี้สามารถที่จะสื่อสารภาษาไทยได้บ้าง ดังนั้นอาจทำให้เกิดข้อได้เปรียบในเรื่องการเข้าถึง ความรู้และ

ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและโรคที่ถูกต้อง โดยเฉพาะที่ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์และวิทยุ นอกจากนี้การที่ประชากรกลุ่มนี้บางส่วนมีความคุ้นเคยกับคนไทยและวัฒนธรรมไทย ทำให้กล้าที่จะเข้าไปขอรับบริการทางสุขภาพมากกว่าแรงงานรุ่นพ่อแม่หรือแรงงานที่เพิ่งอพยพเข้ามาใหม่ๆ นอกจากนี้ความรู้ทางสุขอนามัยหรือมาตรฐานความเป็นอยู่ที่ดีกว่าของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 บางคนอาจทำให้มีการป้องกันหรือพฤติกรรมที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรคบางโรค เช่น โรคติดต่อในระบบทางเดินอาหาร เช่น โรคท้องร่วง เป็นต้น

ผลการศึกษาปัญหาสุขภาพในกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ในพื้นที่ศึกษา พบว่า ร้อยละ 43 ไม่มีปัญหาสุขภาพใดๆ เลย ส่วนในรายที่มีปัญหาสุขภาพก็มักเป็นอาการของโรคทั่วไป เช่น เป็นหวัด เป็นไข้ เจ็บคอ ปวดท้อง เป็นต้น ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวไม่ถือว่าเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ ทั้งนี้อาจมีปัจจัยร่วมที่สำคัญที่ส่งผลต่อสถานการณ์ทางสุขภาพดังกล่าวได้แก่ ปัจจัยด้านลักษณะทางประชากร นั่นคือประชากรกลุ่มนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือวัยแรงงานในช่วงอายุระหว่าง 15-44 ปี ทำให้ไม่พบโรคหรือปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน หรือโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ดังนั้นหากมองไปในสภาพหน้าอีก 20-30 ปีที่แรงงานกลุ่มนี้เคลื่อนตัวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ หรืออีกไม่กี่ปีข้างหน้าผู้ติดตามที่เป็นพ่อแม่ของบุคคลกลุ่มนี้เคลื่อนตัวเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุ รูปแบบของโรคจะแตกต่างกันออกไปจากรูปแบบที่พบในปัจจุบัน โดยเฉพาะการเพิ่มขึ้นของโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรังต่างๆ ดังนั้น รัฐควรต้องมีการวางแผนรองรับระยะยาวเพื่อรับมือกับค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่จะต้องเกิดขึ้นในอนาคตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

นอกจากนี้แล้ว การศึกษาครั้งนี้พบว่าประเด็นปัญหาทางสุขภาพที่พบมากที่สุดในการศึกษากลุ่มนี้ได้แก่เรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเฉพาะทางด้านอนามัยแม่และเด็กและการคุมกำเนิด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะมองข้ามไปไม่ได้ เพราะนอกจากจะต้องให้บริการในเรื่องการฝากครรภ์ การคลอด การรับมือกับภาวะทำแท้ง การให้วัคซีนพื้นฐานในเด็กเล็ก การส่งเสริมและให้ความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดแล้ว ปรากฏการณ์ของการมีการเกิดจำนวนมากในกลุ่มแรงงานต่างด้าวจะส่งผลกระทบต่อเนื่องและยาวนานทั้งต่อโครงสร้างประชากร โครงสร้างทางสังคมเศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศ เด็กต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยเป็นจำนวนมากในแต่ละปี ทำให้อัตราการเพิ่มตามธรรมชาติในประชากรกลุ่มนี้ (และของ

ประเทศ) เพิ่มสูงขึ้น และหากพิจารณาร่วมกับจำนวนการย้ายเข้าของแรงงานจากพม่าที่ยังคงมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้อัตราการเติบโตทางประชากรของคนกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการเลือกใช้บริการทางสุขภาพหรือการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ได้สะท้อนให้เห็นถึงสิ่งที่น่าสนใจหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นความหลากหลายของปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเข้าใช้บริการ ไม่ว่าจะเป็นในเรื่องของสถานภาพทางกฎหมายและสิทธิทางการรักษาพยาบาลต่างๆ ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รายได้ ความสะดวกในการเข้าถึงการรักษา คุณภาพของการบริการ ความสะดวกในเรื่องระยะเวลาของการเข้ารับบริการ และที่สำคัญมากที่สุดคือปัจจัยด้านการสื่อสาร การมีแพทย์ชาวพม่า การมีล่ามหรือเจ้าหน้าที่ที่เป็นชาวพม่า ชาวมอญ ชาวกะเหรี่ยงหรือชาวไทยใหญ่ด้วยกันที่เป็นเหมือนเพื่อนที่คอยช่วยเหลือและประสานงานกับทางเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานต่างๆ และโดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายในชุมชนโดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติและพนักงานสาธารณสุขแรงงานข้ามชาติจะเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากต่อการเลือกใช้บริการในสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ ของกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เกิดขึ้นได้เพราะการริเริ่มและการประสานงานขององค์กรเอกชนหลายๆ หน่วยงานร่วมกันกับหน่วยงานของภาครัฐ

7.2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการวิจัยจากโครงการนี้ได้ชี้ให้เห็นถึงสถานการณ์ทางด้านสาธารณสุข ปัจจัยส่งเสริม ปัญหา และข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของทายาทรุ่นที่ 2 ของผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า แม้ว่าในปัจจุบันจะมีเครือข่ายทางสุขภาพในชุมชนผ่านทางความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนที่ช่วยลดทอนปัญหาต่างๆ ที่ครั้งหนึ่งเคยเป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพของแรงงานต่างด้าว แต่การศึกษาครั้งนี้ได้พบปัญหาหลายๆ ด้านที่ยากนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อที่จะได้ใช้พิจารณาในการวางแผนและมาตรการต่างๆ ทั้งทางด้านสาธารณสุขและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้มีความสอดคล้องและเชื่อมโยงกันเพื่อประโยชน์ของทุกๆ ฝ่าย ทั้งกลุ่มทายาทรุ่นที่ 2 กลุ่มผู้ย้ายถิ่นจากประเทศพม่า กลุ่มแรงงานต่างด้าวอื่นๆ รวมถึงกลุ่มนายจ้างและผู้ประกอบการ ประชาชนชาว

ไทย และความมั่นคงของประเทศในระยะยาวต่อไป ข้อเสนอแนะต่างๆ สามารถแยกเป็นประเด็นสำคัญๆ ได้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลสุขภาพของแรงงานต่างด้าว

จากข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของแรงงานต่างด้าวโดยรวม หรือแม้แต่ในกลุ่ม ทายาทรุ่นที่ 2 ผู้วิจัยเห็นถึงความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลทางสุขภาพ ของประชากรต่างด้าวที่ชัดเจน ถูกต้องและสามารถนำมาใช้ได้อย่างทันเหตุการณ์ ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่ม แรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน ไม่ขึ้นทะเบียน หรือผู้ติดตาม (พ่อและแม่สามี/ภรรยา และบุตร) ซึ่งระบบ ดังกล่าวจะต้องมีความน่าเชื่อถือและสามารถเชื่อมโยงกันในหน่วยงานต่างๆ ที่จะนำไปใช้ให้เกิด ประโยชน์สูงสุดได้ ไม่ว่าจะเป็นกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข หรือ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การจัดการแรงงานต่างด้าวและมาตรการที่เกี่ยวข้อง

มาตรการในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวต้องมีความชัดเจนและสอดคล้องสัมพันธ์กัน ใน ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การศึกษาค้นคว้าได้พบตัวอย่างของความขัดแย้งในเชิงนโยบาย ไม่ว่าจะเป็น ใน เรื่องการจดทะเบียนแรงงานให้มีใบอนุญาตทำงานที่ถูกต้อง มีการตรวจสุขภาพและมีประกันสุขภาพ แต่ ละเลยสิทธิต่างๆ ของผู้ติดตามแรงงานเหล่านี้ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมาก หรือความพยายามของรัฐที่จะทำ ให้การจ้างแรงงานต่างด้าวเป็นเรื่องที่ถูกกฎหมายโดยการออกข้อกำหนดให้มีการพิสูจน์สัญชาติ ข้อกำหนดในเรื่องประเภทการจ้างงาน หรือข้อกำหนดในเรื่องระยะเวลาของการจ้างงาน แต่ละเลยสถานะ ของแรงงานบางกลุ่มที่มีสถานภาพเป็นคนไร้รัฐหรือไร้สัญชาติ โดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดในประเทศไทย เป็น ต้น เพราะในที่สุดแล้วรัฐไทยคงไม่สามารถปฏิเสธคนเหล่านี้ หรือละเลยโดยการคิดว่าคนเหล่านี้ไม่มี ตัวตนได้อีกต่อไป จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทบทวนถึงสถานภาพและสิทธิของคนที่ไม่เข้าข่ายตาม ข้อกำหนดต่างๆ เหล่านี้ด้วยเช่นกัน

ประเด็นเรื่องสิทธิของแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามอาจต้องนำมาพิจารณาแยกแยะอย่างละเอียดระหว่างสิทธิมนุษยชนกับสิทธิของพลเมือง ในแง่ของสิทธิมนุษยชนพื้นฐานในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพนั้น รัฐไทยควรจะต้องจัดหาและดูแลการเข้าถึงบริการทางสุขภาพพื้นฐานที่จำเป็น ในขณะที่ในแง่ของสิทธิพลเมือง ควรครอบคลุมสิทธิที่แรงงานพึงจะได้รับการดูแลในฐานะของการเป็นแรงงาน โดยสิทธิดังกล่าวควรมีความเชื่อมโยงกับระบบการจ้างงานและกฎเกณฑ์ข้อกำหนดต่างๆ อย่างไรก็ตามสิทธิต่างๆ เหล่านี้จะต้องคำนึงถึงแหล่งและจำนวนงบประมาณที่เหมาะสม และทั้งแรงงานและ/หรือนายจ้างควรมีส่วนที่จะเสียค่าใช้จ่ายร่วมกันกับรัฐอย่างเหมาะสมและยุติธรรม

นอกจากนี้แล้ว รัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจะต้องมีมาตรการกวดขันและบทลงโทษที่จริงจังต่อเจ้าหน้าที่ที่ละเลยต่อการปฏิบัติหน้าที่ หรืออาศัยความเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐเอาเปรียบแรงงานต่างด้าวและคำนึงถึงผลประโยชน์ส่วนตัวมากกว่าประโยชน์ส่วนรวมหรือความมั่นคงของประเทศ เพราะในที่สุดแล้ว ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการกระทำดังกล่าวก็คือสังคมไทยโดยรวมนั่นเอง

บทบาทและภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข

การศึกษาครั้งนี้พบความลึกลับและเหลี่ยมล้ำของนโยบายรัฐในเรื่องสิทธิในการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน นโยบายของรัฐที่ไม่ชัดเจนและครอบคลุมประเด็นต่างๆ อย่างเพียงพอได้ก่อให้เกิดปัญหาต่างๆ ตามมาหลายประการ ซึ่งในที่สุดแล้วรัฐเองต้องเป็นผู้รับภาระเหล่านั้น ดังจะเห็นได้จากการแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่ต้องสงเคราะห์เป็นค่ารักษาพยาบาลในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนและไม่สามารถชำระเงินได้ที่มีจำนวนสูงขึ้นทุกปีๆ หรือภาระหน้าที่อันหนักอึ้งของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ชายแดนหรือพื้นที่ที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งต่อปัญหาจำนวนผู้มาใช้บริการที่มีเป็นจำนวนมาก การขาดแคลนเจ้าหน้าที่ การขาดแคลนเครื่องมือทางการแพทย์ ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ปัญหาการติดต่อสื่อสาร การไม่สามารถจ้างล่ามหรือเจ้าหน้าที่ชาวพม่าได้โดยตรงเพราะขาดต่อระเบียบการว่าจ้างงานของรัฐ รวมไปถึงการจัดสรรงบประมาณจากส่วนกลางลงไปหน่วยงานในพื้นที่ชายแดน โดยพิจารณาจากจำนวนประชากรไทย (ตามทะเบียนราษฎร) โดยไม่พิจารณาถึงประชากรแฝงที่เป็นต่างด้าวที่มีอยู่จริงเป็นจำนวนมากในหลายๆ พื้นที่ เป็นต้น

นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดในด้านการให้บริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานในเด็ก แม้ว่าจะมีการให้บริการวัคซีนพื้นฐานที่จำเป็นในเด็กเล็ก แต่การที่รัฐไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนและไม่อนุญาตให้เด็ก (หรือผู้มีอายุต่ำกว่า 15 ปี) ทำบัตรประกันสุขภาพ ทำให้เด็กที่เป็นผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวเกิดข้อจำกัดในการเข้ารับบริการทางสุขภาพ ซึ่งสิทธิพื้นฐานทางสุขภาพเหล่านี้ควรมีการทบทวนและแก้ไขเพื่อให้แรงงานต่างด้าวอีกหลายๆ กลุ่มได้เข้าถึงกันอย่างถ้วนหน้า เพราะหากพินิจพิจารณาให้ดีแล้ว จะเห็นว่าการส่งเสริม ป้องกันและรักษาโรคจะต้องกระจายออกไปให้ทั่วถึงในประชากรทุกกลุ่ม ทุกสัญชาติ เพราะในที่สุดแล้ว เมื่อเขาเหล่านั้นมีความเสี่ยงหรือติดโรคต่างๆ มา โรคเหล่านั้นก็มีโอกาสที่จะระบาดสู่ประชากรในทุกๆ กลุ่มสังคมในประเทศอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นอกจากนี้ สิ่งสำคัญที่รัฐพึงตระหนักก็คือ การมีมาตรการให้การบริการทางสาธารณสุขเชิงรุกหรือการส่งเสริมและป้องกันน่าจะเป็นวิธีการที่ดีกว่า และเสียค่าใช้จ่ายโดยรวมในระยะยาวที่ต่ำกว่าการให้การบริการเชิงรับหรือการรักษาโรคแต่เพียงอย่างเดียว

หน่วยงานของรัฐทางด้านสาธารณสุขจะต้องมีความชัดเจนในเรื่องนโยบายที่เกี่ยวข้องกับแรงงานต่างด้าวให้มากขึ้น แม้ว่าในหลายพื้นที่ องค์กรเอกชนจะมีบทบาทหลักในเรื่องของการให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริม ป้องกัน และเฝ้าระวังโรค แต่บางครั้งโครงการต่างๆ เหล่านี้ของหน่วยงานเอกชนมักมีข้อจำกัดในเรื่องการขาดแคลนหรือหมดงบประมาณสนับสนุน หรือการมีระยะเวลาสิ้นสุดของโครงการ ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐในทุกพื้นที่ควรมีมาตรการรองรับที่มีความชัดเจน และควรเป็นตัวหลักในการให้บริการทางสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐานเดียวกัน โดยเฉพาะในจังหวัดที่ไม่มีองค์กร มูลนิธิ หรือหน่วยงานเอกชนเข้าไปช่วยเหลือควรเริ่มเรียนรู้อย่างจริงจังเกี่ยวกับการจัดการด้านการให้บริการทางด้านสาธารณสุขแก่แรงงานต่างด้าว เพราะในอนาคตมีแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนของแรงงานต่างด้าวและการกระจายตัวของแรงงานต่างด้าวเหล่านี้ในวงกว้างขึ้น และควรให้ความสำคัญกับเครือข่ายชุมชนและบทบาทของคนในชุมชนที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริม ป้องกันและแก้ไขปัญหาทางสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างด้าว

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กฤตยา อาชวนิจกุล. 2546. *สถานะความรู้เรื่องแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยและทิศทางการวิจัยที่พึงพิจารณา*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล, วณี ปิ่นประทีป, พิมพา ขจรธรรม และฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ. 2540. *ผลกระทบจากภาวะการเกิด การเจ็บป่วยและการตายของแรงงานข้ามชาติต่อนโยบายสาธารณสุข*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล ทริส โคเอทท์ และนิน นิน ไพนธ์. 2543. *เรื่องเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ และความรุนแรง: ประสบการณ์ชีวิตของแรงงานอพยพจากประเทศพม่า*. เอกสารวิชาการ หมายเลข 248. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กฤตยา อาชวนิจกุล และ พันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร, 2548. *คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทย ในมิติสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล: นครปฐม.

กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2541. *แนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อในแรงงานต่างชาติและครอบครัว*. กองสาธารณสุขภูมิภาค กระทรวงสาธารณสุข: นนทบุรี.

กระทรวงแรงงาน. 2553. “ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศคณะกรรมการค่าจ้างเรื่อง อัตราค่าจ้างขั้นต่ำ (ฉบับที่ 4).” [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.mol.go.th/employee/interesting_information/4131 (21 พฤษภาคม 2553).

กระทรวงอุตสาหกรรม. 2553. “รายงานสถานการณ์อุตสาหกรรม จังหวัดตาก”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา www.industry.go.th/DocLib13/เหนือ/ตาก.doc (5 ตุลาคม 2553).

กองทุนประกันตนแรงงานต่างด้าว. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://fwf.cfo.in.th/> (23 กันยายน 2553).

ขวัญชีวัน บัวแดง. 2551. “สุขภาพของแรงงานข้ามชาติกับการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของรัฐ”. *วารสารสังคมศาสตร์* 20 (1), หน้า 145–172.

โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร). 2549.
หยุดเอดส์...แรงงานข้ามชาติมีส่วนร่วม. กรุงเทพฯ: มปท.

โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร). 2551.
นโยบายแรงงานข้ามชาติ: ความสมดุลระหว่างเศรษฐกิจ สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี.
กรุงเทพฯ: มปท.

โครงการส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร). มปป.
ภาคีความร่วมมือเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของแรงงานต่างชาติ. กรุงเทพฯ: มปท.

ชไมพันธุ์ สันติกาญจน์, พัฒน์วดี กมลศิริพิชัยพร และ พิชญ์ ตันติเศรณี, 2543. การศึกษาและวิจัย
ข้อมูลเฉพาะโรคและระบบบริการสาธารณสุขเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์. โครงการ
ศึกษาวิจัยระยะที่ 2 ตามพันธกรณีขององค์การรัฐสภาอาเซียน ชุดโครงการวิจัยเรื่องผลกระทบ
ของการย้ายถิ่นข้ามชาติต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์: กรุงเทพฯ.

ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร. 2553. “ซิฟิลิส”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://skno.moph.go.th/cdhomepage/syphilis.html> (5 สิงหาคม 2553).

ฝ่ายควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. 2553. “โรคเอดส์”. [ระบบออนไลน์].
<http://skno.moph.go.th/cdhomepage/aids.html> (9 กันยายน 2553).

พร้อมบุญ ปานิชภักดิ์, ต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์ และพวงเพชร สุรติเจริญสุข. 2552. สรุปบทเรียนการ
ทำงานโครงการฟ้ามิตร 5 ปีแห่งการเรียนรู้ กระบวนการทำงานกับแรงงานข้ามชาติ โครงการ
ป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ ประเทศไทย (โครงการฟ้ามิตร) เพื่อการป้องกันเอช ไอ วี
สู่การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อแรงงานข้ามชาติ. กรุงเทพฯ: เลคแอนด์ฟาวด์เท่นพรีนติ้ง.

เพ็ญศรี อติชาติและสุทัศน์ กองขุนทด. 2547. “ระบบฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวของกระทรวง
สาธารณสุข”. ใน กฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ) คนต่างด้าวในประเทศไทยคือใครบ้าง? มี
จำนวนเท่าไร? ระบบฐานข้อมูลแบบไหนคือคำตอบ? นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล. หน้า 167-196.

ฟิลลิป เอส. โรเบิร์ตสัน จูเนียร์ (บรรณาธิการ) ไอดา อรุณวงศ์ และ พงษ์เลิศ พงษ์วานานต์ (แปล/
เรียบเรียง). 2550. ชะตากรรมของแรงงานอพยพชาวพม่าในสีนามิอันตามัน. กรุงเทพฯ: เฟื่องฟ้า.

ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2553. “โรคไทฟอยด์”. [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา <http://www.sci.buu.ac.th/~micro/> (9 กันยายน 2553).

ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. 2553. “โรคเรื้อน”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=36> (5 สิงหาคม 2553).

ภาควิชาปรสิตวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2553. “โรคเท้าช้าง”. [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา <http://www.med.cmu.ac.th/dept/parasite/public/Filariasis.htm> (5 สิงหาคม 2553).

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. 2553
[ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.vajira.ac.th/preventive/workpermit.html> (12 สิงหาคม
2553).

มูลนิธิเครือข่ายส่งเสริมคุณภาพชีวิตแรงงาน(LPN). มปป. *ชีวิตเด็กต่างชาติ แรงงานข้ามชาติ กระจัดสอง
อนาคตประเทศไทย*. สมุทรสาคร: มปท

มูลนิธิหมอชาวบ้าน. 2553. “ไข้กาฬหลังแอ่น”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.doctor.or.th/node/1414> (5 สิงหาคม 2553).

สุรเชษฐ์ ชุติมา และคณะ, 2552. *การศึกษาระบบการบริหารจัดการด้านสุขภาพ ความปลอดภัย และสิทธิ
มนุษยชน สำหรับแรงงานต่างด้าว*. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ: กรุงเทพฯ.

สุสัณหา ยิ้มแย้ม, ชลลิสสา จรียาเลิศศักดิ์ และ สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2552. *คุณภาพชีวิต ปัญหาสุขภาพ
และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในแรงงานข้ามชาติสตรี*. สำนักงานคณะ
กรรมการวิจัยแห่งชาติ: กรุงเทพฯ.

สำนักงานจังหวัดเชียงใหม่. 2553. “ข้อมูลจังหวัดเชียงใหม่”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา
<http://www.chiangmai.go.th/newweb/main> (5 สิงหาคม 2553).

สำนักงานจังหวัดตาก. 2553. “45 ฐานข้อมูลจังหวัด”. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.tak.go.th
(5 สิงหาคม 2553).

สำนักงานจังหวัดระนอง. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.ranong.go.th (5 สิงหาคม 2553).

สำนักงานจังหวัดสมุทรสาคร. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา www.samutsakhon.go.th (5 สิงหาคม
2553).

- สำนักงานจัดหางานจังหวัดสมุทรสาคร. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://119.63.84.110/samutsakhon/> (12 สิงหาคม 2553).
- สำนักงานจัดหางานจังหวัดเชียงใหม่. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.cmemployment.org/default2.asp> (12 สิงหาคม 2553).
- สำนักงานพาณิชย์จังหวัดระนอง. 2551. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://pcoc.moc.go.th/wappPCOC/85/> (5 สิงหาคม 2553).
- สำนักงานสถิติจังหวัดสมุทรสาคร. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://smsakhon.nso.go.th/main.jsp> (5 สิงหาคม 2553).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.chiangmaihealth.com/cmpho_web53/ (9 กันยายน 2553).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา http://www.tako.moph.go.th/index_tak.php (9 กันยายน 2553).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.rno.moph.go.th/> (5 สิงหาคม 2553).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://skno.moph.go.th/index1.html> (9 กันยายน 2553).
- สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง. 2544. *สถานการณ์ด้านสาธารณสุขในแรงงานต่างด้าว ปีงบประมาณ 2544*. นนทบุรี: กองสุขศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักบริหารการทะเบียน. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://bora.dopa.go.th/part9.htm> (12 สิงหาคม 2553).
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://wp.doe.go.th/> (12 สิงหาคม 2553).

สำนักกระบาดวิทยา กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553. “มาลาเรีย”. [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา <http://epid.moph.go.th/fact/Malaria.htm> (9 กันยายน 2553).

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กองควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2553. “วัณโรค”. [ระบบออนไลน์].
แหล่งที่มา http://thaigcd.ddc.moph.go.th/vac_p_BCG.html (5 สิงหาคม 2553).

องค์การแพช (บรรณานุกรม). 2551. *คือคุณค่า...คือความสำเร็จ...คือความท้าทาย: บันทึก
ประสบการณ์ทำงานโครงการฟ้ามิตร 2*. กรุงเทพฯ: เลคแอนด์ฟาวด์เท่นพรีนติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

Gellert, G. 1993. “International migration and control of communicable diseases”.
Social Science & Medicine 37 (12): 1489-99.

Landman, J. and J. K. Cruickshank. 2001. “A review of ethnicity, health and nutrition- related
diseases in relation to migration in the United Kingdom”. *Public Health and Nutrition*
4: 647-57.

Meade, M., J. Florin, and W. Gesler. 1988. *Medical Geography*. New York: The Guilford Press.

Mladovsky, P. 2007. “Migration health in the EU”. *Eurohealth* 13 (1), p. 9-11.

Padilla, B. and J. P. Miguel. 2007. “Health and migration in the EU: building a shared
vision for action”. *Working document for the Portugese EU council Presidency*.
(online) Available: <http://www.acs.min-saude.pt/NR/rdonlyres/9D113E93-736E-4F5E-BC6B-D66781BA8CBA/7677/Visiondoc.pdf>. (12 February 2009)

Rafnsson, S. B. and R. S. Bhopal. 2008. “Migrant and ethnic health research: report on the
European public health association conference 2007”. (online) Available:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B73H6-4S3G9SJ-2&_user=131617&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000010978&_version=1&_urlVersion=0&_userid=131617&md5=2dc480c2ca6f3d8956be8e0062b18fa1
(12 February 2009)

Schierup, C-U, P. Hansen, and S. Castles. 2006. *Migration, Citizenship, and the European
Welfare State: A European Dilemma*. Oxford: Oxford University Press.

Sundquist, J. 2001. "Migration, equality and access to health care services". *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, pp. 691-692.

ภาคผนวก 1
แบบนำเสนอภาษาถิ่นและแบบสอบถาม

ชุดที่



แบบนำสัมภาษณ์

โครงการ

“ทนายทຽນที่สงจากประเทศพม่า: สถานการณ์และปัญหาทางด้านสุขภาพ”

ภาควิชาภูมิศาสตร์

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2552

ชื่อสถานบริการ.....จังหวัด.....

ชื่อผู้ตอบแบบสัมภาษณ์.....ตำแหน่ง.....

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....วันที่.....เวลา.....

คำถามเกี่ยวกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของแรงงานรุ่นที่สองจากประเทศพม่า

อยากทราบมุมมองของท่านหรือองค์กรต่อ:

1. สถานการณ์ปัญหาสุขภาพแรงงานต่างด้าว
 2. บทบาทของหน่วยงานต่อการให้บริการสุขภาพแรงงานต่างด้าว (เช่น รักษา การแนะนำเรื่องโรคหรือสิทธิต่างๆ)
 3. การดำเนินงานของหน่วยงานประสบกับปัญหาอะไรบ้าง
 ในด้านการให้บริการ
 ในด้านการสื่อสาร
 ในด้านงบประมาณ
 ในด้านอื่นๆ
 4. ท่านมีข้อเสนอแนะในเรื่องการแก้ปัญหาดังกล่าว หรือข้อเสนอแนะต่อรัฐอย่างไรบ้าง
-



แบบสอบถาม

โครงการ

“ทนายทຽນที่ສອງจากประเทศพม่า: สถานการณ์และปัญหาทางด้านสุขภาพ”

ภาควิชาภูมิศาสตร์

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

2552

กรุณาตรวจสอบเงื่อนไขผู้ที่จะตอบแบบสอบถาม: อายุ.....ปี ตรวจสอบแล้วพบว่าตรงตามเกณฑ์ข้อ:

1. เกิดในประเทศไทย
2. ย้ายมาจากประเทศพม่ากับพ่อ/แม่ตั้งแต่เด็ก (ตอนอายุ.....ปี)

ปัจจุบันถือบัตร.....ได้ขึ้นทะเบียนกับนายจ้างหรือไม่ 1. ขึ้น 2. ไม่ขึ้น

ชื่อผู้สัมภาษณ์.....วันที่.....เวลา.....จังหวัด.....

ตอนที่ 1: ประวัติชีวิต

14. มีพี่น้องทั้งหมด (ไม่รวมท่าน)คน กรุณาให้รายละเอียด

คนที่	ตอนนี้อาศัยอยู่ที่ไหน	ทำงานอะไร	เพศ	อายุ	เจอกันบ่อยเพียงใด
1					
2					
3					
4					
5					

15. ตั้งแต่มาอยู่ประเทศไทย ได้กลับไปพม่าบ้างหรือไม่ 1. ได้ไป 2. ไม่ได้ไป (ไปข้อ 17)

16. ถ้าเคยกลับไป

16.1 ไปทำอะไร.....

16.2 เดินทางไปอย่างไร.....

16.1 ไปบ่อยแค่ไหน.....

17. ท่านมีโทรศัพท์มือถือหรือไม่ 1. มี (มีได้นานเท่าไรแล้ว)

2. ไม่มี

ตอนที่ 2: สภาพความเป็นอยู่

ที่พักอาศัย:

1. ลักษณะที่พักอาศัย

1. ห้องเช่า 2. บ้านเช่า 3. หอพัก 4. บ้านส่วนตัว 5. อื่นๆ.....

2. ท่านเสียค่าที่พักเองหรือไม่

1. ใช่ (เดือนละ.....บาท) 2. ไม่ใช่ (ระบุรายละเอียด.....)

3. ท่านนอนในห้องร่วมกับใครบ้าง

4. ให้อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับที่พักอาศัยเพิ่มเติม (ถ้ามี).....

5. บ้านท่านมีห้องน้ำหรือไม่ 1. มี 2. ไม่มี (ใช้ที่ไหน).....

โภชนาการ:

5. ท่านจัดการเรื่องอาหารการกินอย่างไร (ทานอะไรบ้าง ทานที่ไหน ใครเป็นผู้จัดให้ ฯลฯ)

5.1 มื้อเช้า

5.2 มื้อกลางวัน

5.3 มื้อเย็น

6. ท่านสูบบุหรี่บ้างหรือไม่

1. สูบเป็นประจำ 2. สูบเป็นบางครั้ง 3. สูบนานๆ ครั้ง 4. ไม่สูบ

7. ท่านดื่มแอลกอฮอล์หรือเครื่องดื่มเพิ่มพลังงานบ้างหรือไม่

1. ดื่มเป็นประจำ 2. ดื่มเป็นบางครั้ง 3. ดื่มนานๆ ครั้ง 4. ไม่ดื่ม (ไปข้อ 10)

8. เครื่องดื่มที่ดื่มเป็นประจำได้แก่อะไรบ้าง

9. ดื่มน้ำกับใคร

10. เคยเที่ยวสถานบริการหรือไม่ 1. เคย 2. ไม่เคย (ไปข้อ 15)

11. เกี่ยวที่ไหน.....

12. คนที่ขายบริการเป็นคนเชื้อชาติอะไร.....

13. เกี่ยวบ่อยแค่ไหน.....

14. ท่านมีการป้องกันตัวเองอย่างไรบ้างหรือไม่.....

สุขอนามัย:

15. โดยปกติท่านอาบน้ำบ่อยเพียงใด

1. วันละครั้ง 2. วันละ 2 ครั้ง 3. อื่นๆ (.....)

16. โดยปกติท่านสระผมบ่อยเพียงใด

1. วันละครั้ง 2. 2-3 วันต่อครั้ง 3. อื่นๆ (.....)

17. การทำความสะอาด (ปัดกวาด เช็ดถู) ห้อง/บ้าน

1. ทุกวัน 2. 2-3 วันต่อครั้ง 3. อื่นๆ (.....)

18. การซักผ้า

1. ทุกวัน 2. 2-3 วันต่อครั้ง 3. อื่นๆ (.....)

19. การทำความสะอาดเครื่องนอน (ผ้าปูที่นอน ปอกหมอน)

1. ทุกอาทิตย์ 2. ทุก 2 อาทิตย์ 3. อื่นๆ (.....)

20. ท่านมีการกำจัดขยะในบ้านอย่างไร

ตอนที่ 3: สภาพการทำงาน

1. ตอนนี้ท่านทำงานอะไร (อธิบายลักษณะงานด้วย).....

2. ตอนนี้ท่านทำงานที่ไหน

3. เดินทางไปทำงานอย่างไร

4. ท่านรู้จักงานที่นี้ได้อย่างไร

5. ทำงานอยู่ที่นี้ได้มานานเท่าไรแล้ว.....

6. ตอนนี้ท่านมีรายได้บาท ต่อวัน / ต่อเดือน

7. ตอนนี้ท่านทำงานทุกวันหรือมีวันหยุดบ้างหรือไม่.....

8. ถ้ามีวันหยุด ท่านมักจะทำอะไรในวันหยุด

9. ก่อนหน้านี้ท่านทำงานที่ไหนมาบ้าง (เฉพาะในเมืองไทย)

ช่วงอายุ	ทำงาน	สถานที่ทำงาน	เหตุผลที่เปลี่ยนงาน

ตอนที่ 4: สุขภาพ

1. ท่านมีโรคประจำตัวหรือ (เคย) มีปัญหาสุขภาพอะไรบ้างหรือไม่ กรุณาบอกรายละเอียด

ปัญหาสุขภาพ	ช่วงอายุ	การรักษา	สถานที่รักษา	ค่าใช้จ่าย (เท่าไร ใครจ่าย ฯลฯ)	หมายเหตุ

2. ในกรณีที่มีครอบครัวของตัวเอง

2.1 แต่งงานตอนอายุปี

2.2 แต่งงานที่ไหน

2.3 มีทะเบียนสมรสหรือไม่

2.4 ปัจจุบัน ภรรยาหรือสามี อายุปี

2.5 มีลูกทั้งหมดคน กรุณาให้รายละเอียดของแต่ละคน

คนที่	เพศ	อายุ	คลอด โดยวิธี	สถานที่ เกิด	ตอนนี้ อยู่ที่	การได้รับ วัคซีน	เรียน หนังสือที่	ทำงานที่

2.6 ท่านหรือภรรยาคุณกำเนิดหรือไม่ โดยวิธีใด

2.7 รู้วิธีคุมกำเนิดดังกล่าวจาก

ตอนที่ 5: ความรู้และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ

1. ปกติแล้ว เวลาไม่สบายเล็กๆ น้อยๆ เช่น ปวดหัว ปวดท้อง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ท่านทำอย่างไร

1. ไม่ทำอะไร ปล่อยให้หายเอง
2. ซักยาทานเอง จาก.....
3. ไปอนามัย ที่
4. ไปคลินิกเอกชน ที่
5. ไปโรงพยาบาล ที่
6. อื่นๆ

2. ท่านเคยไปโรงพยาบาลเพื่อไปรักษาตัวบ้างหรือไม่

1. เคย (ระบุรพ.)
2. ไม่เคย

ภาคผนวก 2

รายชื่อหน่วยงานในพื้นที่ศึกษาที่ทางโครงการฯ ได้ทำการสัมภาษณ์

รายชื่อหน่วยงานในพื้นที่ศึกษาที่ทางโครงการฯ ได้ทำการสัมภาษณ์

จังหวัด	ชื่อหน่วยงาน
เชียงใหม่	สถานีอนามัยบ้านแม่เมืองน้อย
	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่เมาะ
	โรงพยาบาลแม่เมาะ
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
	โครงการชิลด์ (เชียงใหม่)
	มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (เชียงใหม่)
ตาก	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแม่สอด
	โรงพยาบาลแม่สอด
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (แม่สอด)
	มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (แม่สอด)
	แม่ตาวคลินิก
	คณะกรรมการช่วยเหลือนานาชาติ
สมุทรสาคร	สถานีอนามัยบ้านกำพรว้า
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร
	โรงพยาบาลสมุทรสาคร
	มูลนิธิรักษ์ไทย
	คลินิกหมอมพม่า
	มูลนิธิเครือข่ายสนับสนุนคุณภาพชีวิตแรงงาน
	มูลนิธิโครงการยุติธรรมเพื่อแรงงานข้ามชาติ
ระนอง	โรงพยาบาลระนอง
	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง
	มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (ศูนย์ประสานงานโครงการพิเศษระนอง)
	คณะกรรมการคาทอลิกเพื่อผู้อพยพย้ายถิ่น จังหวัดระนอง

ภาคผนวก 3
มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพ
และประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

**มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว
กระทรวงสาธารณสุข ปี 2552**

.....

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หลบหนีเข้าเมือง (สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา) ลงวันที่ 1 กรกฎาคม 2552 ประกอบกับมติ คณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 ได้กำหนดให้กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการตรวจสุขภาพ และทำประกันสุขภาพแก่แรงงานต่างด้าวตามที่กระทรวงแรงงานเสนอประกอบกับมติคณะกรรมการ บริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการและแนวทางการ ดำเนินงาน เรื่อง การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2552 ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข มีภารกิจในการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว หลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา และ การดำเนินการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ โดยมี กิจกรรมสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่

1. การตรวจสุขภาพประจำปี
2. การบริการด้านการรักษาพยาบาล
3. บริการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค
4. การเฝ้าระวังโรค

กลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาที่มาขอรับบริการด้าน การตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ

- (1) แรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบผ่อนผันมีใบอนุญาตทำงานแต่บัตรหมดอายุแล้วต้องต่อใบอนุญาต ให้ทำงานต่อ โดยจะเป็นแรงงานต่างด้าวที่ใบอนุญาตหมดอายุวันที่ 20 มกราคม 2552 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2552 วันที่ 14 มีนาคม 2552 และวันที่ 30 มิถุนายน 2552
- (2) แรงงานต่างด้าวที่อยู่นอกระบบผ่อนผัน และลักลอบทำงานอยู่ในประเทศไทยก่อนวันที่ 26 พฤษภาคม 2552 อยู่แล้วเท่านั้น
- (3) แรงงานต่างด้าวหรือบุคคลประเภทอื่น ๆ ที่เคยดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพมา ก่อนหน้านี้

หลักเกณฑ์การดำเนินงานทั่วไป

- 1.1 ให้ดำเนินการทั้งการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ
- 1.2 ระยะเวลาดำเนินงาน
 - กลุ่มต่ออายุใบอนุญาตทำงาน ที่ได้รับการผ่อนผัน เป็นไปตามหลักเกณฑ์เดิม คือกลุ่ม ใบอนุญาตหมดอายุวันที่ 20 มกราคม 2552 วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2552 วันที่ 14 มีนาคม 2552 และวันที่ 30 มิถุนายน 2552 ให้ทำการตรวจสุขภาพได้ก่อนวันสิ้นสุด อายุบัตร

- กลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อยู่นอกระบบผ่อนผัน ให้มารับการตรวจสุขภาพภายในเวลา 45 วัน เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2552 ถึงวันที่ 14 สิงหาคม 2552
- ทั้งนี้ กรณีกลุ่มอาชีพประมง หากนายจ้างไม่สามารถพาคนต่างด้าวมาจนทะเบียนประวัติภายในกำหนดระหว่างวันที่ 1-30 กรกฎาคม 2552 ได้เนื่องจากคนต่างด้าวมาตรวจสุขภาพและชำระเงินค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ ภายในวันที่ 15 ตุลาคม 2552 เพื่อประกอบการขออนุญาตทำงานจากกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานต่อไป

การประกันสุขภาพ

ให้ดำเนินการตามแนวทางการดำเนินงานประกันสุขภาพ ประกันสุขภาพมีอายุคุ้มครองไม่เกิน 1 ปี ทั้งนี้ทุกกลุ่มจะต้องมีอายุคุ้มครองไม่เกินวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 ตามที่คณะรัฐมนตรีกำหนด

1. อัตราค่าตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ
 - ค่าตรวจสุขภาพ คนละ 600 บาท
 - ค่าประกันสุขภาพ คนละ 1,300 บาท
2. สถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพให้ดำเนินการโดยสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลเอกชน โดยสถานพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ต้องเป็นสถานพยาบาลคู่สัญญาหลักที่เข้าร่วมโครงการ การหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
3. การตรวจสุขภาพต้องดำเนินการให้เสร็จสิ้นภายในวันนั้น ให้สถานพยาบาลแจ้งวันมารับผลการตรวจสุขภาพ (ใบรับรองแพทย์) กับแรงงานต่างด้าว ภายใน 3 วัน

แนวทางการตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว

1. การตรวจสุขภาพเป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ โดยให้มีการตรวจสุขภาพและควบคุมมาตรฐานการตรวจสุขภาพ รวมการตรวจรักษาโรคที่ควบคุมให้ครบวงจร การรายงานผลการตรวจสุขภาพ แพทย์จะต้องตรวจสอบข้อมูลในทะเบียนประวัติและใบรับรองแพทย์ว่าตรงกัน แล้วลงผลการตรวจลงชื่อ ประทับตราสถานพยาบาลบนเอกสารใบรับรองแพทย์ ทั้งต้นฉบับและสำเนา โดยกำชับให้นายจ้าง/แรงงานต่างด้าวว่าใบรับรองแพทย์มีอายุ 60 วัน ให้รีบดำเนินการนำไปขอใบอนุญาตทำงานกับสำนักงานจัดหางานจังหวัด/กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงานต่อไป
 - **กรณีผ่านการตรวจสุขภาพ** ให้สถานพยาบาลมอบใบรับรองแพทย์มอบให้แรงงานต่างด้าวเก็บไว้เป็นหลักฐานประกอบการขออนุญาตทำงานกับกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน
 - **กรณีไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ** ให้ดำเนินการเหมือนกรณีการผ่านการตรวจสุขภาพ

ในส่วนภูมิภาคให้สถานพยาบาลส่งสำเนาผลการตรวจสุขภาพให้ด่านตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่หรือจังหวัดใกล้เคียงเพื่อดำเนินการควบคุมดูแลและให้สถานพยาบาลประสานการรักษาพยาบาลต่อเนื่องก่อนการผลักดันส่งกลับต่อไปด้วย

ในเขตกรุงเทพมหานครให้สถานพยาบาลประสานการรักษาพยาบาลต่อเนื่องก่อนการผลักดันส่งกลับต่อไปด้วย

2. การตรวจสุขภาพจำแนกผลการตรวจเป็น 3 ประเภท คือ

ประเภทที่ 1 ผู้ที่มีผลการตรวจสุขภาพปกติ

ประเภทที่ 2 ผู้ที่ผ่านการตรวจสุขภาพ แต่มีภาวะติดเชื้อหรือการเจ็บป่วยด้วยโรคที่

จะต้องควบคุม ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง ซิฟิลิส และโรคพยาธิลำไส้ ให้ทำการรักษาต่อเนื่อง

ประเภทที่ 3 ผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจสุขภาพ

(1) สุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง

(2) เป็นโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน โดยระบุไว้ในผลการตรวจเป็นประเภทที่ 3 ไม่สามารถอนุญาตให้ทำงานหรืออยู่ในราชอาณาจักรไทยเป็นการชั่วคราวได้

กรณีผลการตรวจสุขภาพพบประเภท 2

ในกรุงเทพมหานครให้แต่ละสถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพดูแลรักษาต่อเนื่องเองหรือดำเนินการตามที่กรมการแพทย์กำหนด ในส่วนภูมิภาคสถานพยาบาลแต่ละจังหวัด ดูแลรักษาต่อเนื่องเองหรือจัดส่งให้สถานพยาบาลในเครือข่ายรับผิดชอบติดตามให้การรักษาต่อ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับนโยบายและแนวทางของแต่ละจังหวัด

กรณีผลการตรวจสุขภาพพบประเภท 3

ให้ประทับตราอย่างสีแดงว่า ต้องส่งกลับในใบรับรองแพทย์ ในเขตกรุงเทพมหานครให้ส่งสำเนาผลการตรวจสุขภาพไปที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง เลขที่ 507 ซอยสวนพลู เขตสาทร กรุงเทพมหานคร 10120 ในส่วนภูมิภาคให้ส่งสำเนาผลการตรวจสุขภาพ ไปที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองในพื้นที่หรือจังหวัดใกล้เคียงและสถานีตำรวจท้องที่นั้น ๆ ดำเนินการควบคุมดูแล และให้สถานพยาบาลประสานการรักษาพยาบาลต่อเนื่องก่อนการผลักดันส่งกลับต่อไป

การรายงานผลการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ

ให้สถานพยาบาลที่ตรวจสุขภาพรายงานผลการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพทุกเดือน ตามระบบรายงานที่ส่วนกลางกำหนด โดยในส่วนภูมิภาคให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ติดตามกำกับ ในกรุงเทพมหานครให้กรมการแพทย์เป็นผู้ติดตามกำกับ

แนวทางการดำเนินงานการประกันสุขภาพ

การเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว

ให้แรงงานต่างด้าวในกลุ่มเป้าหมายทั้ง 3 กลุ่ม ที่ประสงค์จะทำงานเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพทุกคน ชำระค่าประกันสุขภาพในอัตราคนละ 1,300 บาท โดยการประกันสุขภาพมีระยะเวลาคุ้มครอง ไม่เกิน 1 ปี ทั้งนี้ทุกกลุ่มจะต้องมีอายุคุ้มครองไม่เกิน วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2553 ตามที่มติคณะรัฐมนตรีกำหนด โดยแรงงานต่างด้าวจะต้องร่วมจ่ายในการเข้ารับบริการรักษาพยาบาล ครึ่งละ 30 บาท ยกเว้นการเข้ารับบริการ ส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมป้องกันโรค และการเฝ้าระวังโรค ทั้งนี้มีเป้าหมายหลักเพื่อให้มีการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ และเป็นกลดภาระค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขของผู้ใช้แรงงาน รวมถึงจะเป็นการประกันค่ารักษาพยาบาลให้กับสถานพยาบาลผู้ให้การรักษาพยาบาลอีกทางหนึ่งด้วย

โดยอัตราการประกันสุขภาพ 1,300 บาท แบ่งเป็น

1. ค่ารักษาพยาบาล 964 บาท จำแนกเป็น

- ผู้ป่วยนอก	499 บาท
- ผู้ป่วยใน	415 บาท
- ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง	50 บาท
- ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	206 บาท
- ค่าบริหารจัดการ	130 บาท

สิทธิประโยชน์

● **ชุดสิทธิประโยชน์ ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ ดังนี้**

1. การตรวจรักษาโรคและฟื้นฟูสภาพทั่วไป
2. การรักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง
3. กรณีอุบัติเหตุฉุกเฉิน
4. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อการรักษาระหว่างสถานพยาบาล
5. การควบคุมป้องกันโรคในแรงงานต่างด้าว
6. การเฝ้าระวังโรคในแรงงานต่างด้าว

● **ชุดสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์ที่ไม่คุ้มครอง ดังนี้**

1. โรคจิต
2. การบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาและสารเสพติดตามกฎหมายว่าด้วยยาเสพติด
3. ผู้ประสบภัยจากรถที่สามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ประสบภัยจากรถ
4. ผู้ประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ที่สามารถใช้สิทธิตาม พ.ร.บ. เงินทดแทน พ.ศ. 2537
5. การรักษาภาวะมีบุตรยาก
6. การผสมเทียม
7. การผ่าตัดแปลงเพศ
8. การกระทำการใด ๆ เพื่อความสวยงาม โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์

9. การตรวจ วินิจฉัย และรักษาไต ๆ ที่เกินความจำเป็นและข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
10. โรคเดียวกันที่ต้องใช้ระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในเกิน 180 วัน ยกเว้น หากมีความจำเป็นต้องรักษาต่อเนื่องจากมีภาวะแทรกซ้อนหรือข้อบ่งชี้ทางการแพทย์
11. การรักษาที่ยังอยู่ในระหว่างการค้นคว้าทดลอง
12. การรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต (Peritoneal Dialysis) และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Haemodialysis)
13. ยาต้านไวรัสเอดส์ ยกเว้น กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
14. การเปลี่ยนอวัยวะ (Organ Transplant)
15. การทำฟันปลอม

● **บริการด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคที่ได้รับการคุ้มครอง**

1. การจัดให้มีและใช้สมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวในการดูแลสุขภาพแต่ละบุคคลอย่างต่อเนื่อง
2. การตรวจและดูแลเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ ตลอดจนการให้บริการดูแลหลังคลอด
3. การตรวจสุขภาพกลุ่มเสี่ยง
4. การให้ยาต้านไวรัสเอดส์ กรณีเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก
5. การวางแผนครอบครัว
6. การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) และการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care)
7. การให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการในระดับบุคคลและครอบครัว
8. การให้คำปรึกษา (Counseling) สนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ
9. การส่งเสริมสุขภาพแลป้องกันโรคในช่องปาก ได้แก่ การตรวจสุขภาพช่องปาก แนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้ฟลูออไรด์เสริม ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคฟันผุ
10. การควบคุมป้องกันโรค

สถานพยาบาลที่จะเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว และระบบการให้บริการของสถานพยาบาล

ใช้รูปแบบหน่วยบริการตามแนวทางโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับคนไทย

การตรวจสุขภาพแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ มีดังนี้

- ตรวจร่างกายทั่วไป
- การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อโรคเท้าช้างและโรคซิฟิลิส
- ตรวจสารเสพติดในปัสสาวะ ในแรงงานและหญิงการตั้งครรภ์
- เอกซเรย์ปอด (วัณโรค)

เอกสารที่ต้องนำมา

1. ใบ ทร.38/1 หรือ ประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย (บัตรสีชมพู) หรือใบอนุญาตทำงานในประเทศ (Work permit) พร้อมบัตรตัวจริง
2. บัตรประชาชนนายจ้าง พร้อมเบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของนายจ้าง
3. บัตรประจำตัวของโรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียน

ค่าตรวจสุขภาพ 600 บาท ค่าประกันสุขภาพ 1,300 บาท รวม 1,900 บาท ภายหลังจากผ่านการตรวจไม่เกิน 3 วัน จะสามารถรับใบรับรองแพทย์และบัตรประกันสุขภาพได้ บัตรประกันสุขภาพมีระยะเวลาคุ้มครองสุขภาพ 1 ปี หากเจ็บป่วยสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนไว้ โดยเสียค่าธรรมเนียมเพียง 30 บาท ทุกโรค

ที่มา:

กองทุนประกันตนแรงงานต่างด้าว. 2553. [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://fwf.cfo.in.th/> (23 กันยายน 2553).

ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม วิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล. 2553 [ระบบออนไลน์]. แหล่งที่มา <http://www.vajira.ac.th/preventive/workpermit.html> (12 สิงหาคม 2553).