

รายงานผลการศึกษาระดับสมบูรณ์
การพัฒนาแนวทางการคาดประมาณประชากรต่างด้าว
บริการวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก
และ เสริมสร้างความครอบคลุมของวัคซีนเด็ก
ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

1 ตุลาคม 2554 – 30 พฤศจิกายน 2555

เสนอต่อ
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

โดย
Health Conterparts Consulting

พฤศจิกายน 2555

**การคาดประมาณประชากรต่างด้าวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
เพื่อพัฒนาการจัดบริการวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก
และการเสริมสร้างความครอบคลุมของวัคซีนเด็ก**

ที่ปรึกษา

1. รศ. ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล
2. ดร. นพ. วิวัฒน์ พื้รพัฒน์โกศล

รายนามคณะผู้ศึกษาวิจัย

1. ทศนัย ชันตยาภรณ์
2. พสุภา ชินวรโสภาค
3. นัฏฐติ สิงห์กุล
4. ศศิธร ศิลป์อุฒยา
5. นงลักษณ์ ดิษฐวงษ์
6. กฤติกา พนาธนสาร

ดำเนินงานโดย

Health Counterparts Consulting (HCC) และ องค์การแพธ (PATH)
ร่วมกับ

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การขาดแคลนแรงงานในระดับล่างของประเทศไทยเป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญในการอพยพแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีปัญหาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและการเมือง เช่น พม่า ลาว และกัมพูชา เข้ามาทำงานเพื่อรองรับความต้องการแรงงานระดับล่างในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลประชากรกลุ่มนี้ในระบบที่ระบุจำนวนแรงงานต่างด้าวที่แท้จริงในประเทศได้ เนื่องจากการจดทะเบียนและต่ออายุแรงงานที่มีลักษณะปีต่อปีโดยอาศัยมติของคณะรัฐมนตรีในการกำหนดแนวปฏิบัติ อีกทั้งการพิสูจน์สัญชาติและการนำเข้าแรงงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา ในขณะที่การอพยพแรงงานข้ามพรมแดนโดยไม่มีเอกสารก็มีอยู่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่าฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่ปรากฏข้อมูลที่น่าเชื่อถือและเป็นปัจจุบันในส่วนของผู้ติดตาม เช่น ภรรยาและบุตร ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วย การขาดข้อมูลที่แท้จริงนี้ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการวางแผนพัฒนางานสาธารณสุข ทั้งในด้านการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ เช่น โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ประเทศไทยมีความครอบคลุมในกลุ่มเด็กไทยที่ค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคนี้ แต่กลับพบปัญหาการเข้าถึงบริการของเด็กต่างด้าว นอกจากนี้ ความไม่แน่นอนของนโยบายในการอนุญาตให้ผู้ติดตามแรงงานอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้ตามกฎหมาย ทำให้กลุ่มผู้หญิงและเด็กต่างด้าวไม่สามารถมีประกันสุขภาพได้ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน โดยเฉพาะบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก

การวิจัยเพื่อการคาดประมาณประชากร มีเป้าหมายในการศึกษาหาวิธีการคาดประมาณประชากรต่างด้าวที่อพยพมาจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อพัฒนาการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก และการเสริมสร้างความครอบคลุมของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนประชากรต่างด้าวจากฐานข้อมูลที่มีอยู่กับการศึกษาภาคสนาม โดยข้อมูลมาจากหน่วยงาน คือ 1) สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน 2) สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากร พ.ศ. 2553 เป็นแนวทางในการกำหนดพื้นที่สำรวจ ใช้พื้นที่การศึกษาที่สอดคล้องกับขอบพื้นที่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือ Census Block ซึ่งเป็นอาณาเขตจางนับ (Enumeration Area: EA) เพื่อศึกษาหาแนวทางในการคาดประมาณประชากร ร่วมกับฐานข้อมูลต่างๆ

การสำรวจสำมะโนประชากรต่างด้าวในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นรูปแบบการเก็บข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน โดยบูรณาการวิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ทีมคนไทยทำงานภาคสนามร่วมกับทีมอาสาสมัครต่างด้าวที่สื่อสารภาษาเดียวกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ด้วยแบบสอบถามสองภาษา (ไทย-พม่า) และมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการผู้ปฏิบัติงานภาคสนามและการทดลองการทำงานทำในพื้นที่ทดสอบ การลงภาคสนามนั้นจริงนั้น มีการสำรวจนำร่องก่อนโดยทีมพื้นราบเพื่อดูภาพรวมของพื้นที่ ความเป็นอยู่ และช่วงเวลาที่เหมาะสม ก่อนวางแผนลงเก็บข้อมูลจริงโดยทีมภาคสนาม โดยแต่ละ EA ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 2 วัน ใช้ทีมภาคสนามประมาณ 10-15 คน

แนวทางการคาดประมาณประชากรต่างด้าว ใช้รายละเอียดของสัดส่วนผู้มีและไม่มีบัตรประจำตัวแรงงาน และ สัดส่วนประชากรในช่วงอายุต่างๆ มาคาดประมาณ ร่วมกับข้อมูลการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ข้อมูลจากการคาด ประมาณได้นำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลแรงงานต่างด้าวของหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งเป็นการตรวจสอบ ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เรียกว่า Triangulation ในรูปแบบของการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) และวิธีการเก็บข้อมูล (Method Triangulation) การศึกษานี้ เลือกใช้จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับ อนุญาตให้ทำงานในกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลจากการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ณ เดือนเมษายน 2555 จำนวน 414,797 คน เป็นค่าน้อยที่สุดของการคาดประมาณ

ผลการคาดประมาณประชากรต่างด้าว สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ในกรุงเทพมหานคร เป็นดังนี้คือ

ค่าต่ำที่สุดจากการคาดประมาณ มีจำนวน 440,056 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 414,797 คน และเป็นเด็ก อายุต่ำกว่า 15 ปี 25,259 คน

ค่ากลางจากการคาดประมาณ มีจำนวน 527,608 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 499,057 คน และเป็นเด็กอายุ ต่ำกว่า 15 ปี 28,659 คน

ค่ามากที่สุดจากการคาดประมาณ มีจำนวน 684,486 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 645,197 คน และเป็น เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 39,289 คน

ผลการศึกษานี้ ถือเป็นการคาดประมาณประชากรต่างด้าวอย่างเป็นระบบครั้งแรกในประเทศไทย ที่ใช้ทั้งข้อมูล ปฐมภูมิที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลอย่างละเอียด และข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลที่นำเชื่อถือมาคาดประมาณ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของศึกษาคือ จำนวน EA ที่สุ่มสำรวจ ค่อนข้างน้อย เนื่องจากการศึกษานำร่องที่มีกรอบระยะเวลาและ งบประมาณที่จำกัด อีกทั้งคำถามเรื่องการมีเอกสารประจำตัว เป็นคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหว ซึ่งผู้ตอบอาจจะไม่ตอบตาม ความเป็นจริงเนื่องจากยังไม่ไว้วางใจ มีข้อสังเกตว่าการศึกษาในกรุงเทพมหานครนี้ พบแรงงานต่างด้าวที่มีสัดส่วนการมี บัตรอนุญาตทำงานค่อนข้างสูง เนื่องจากแรงงานที่มาทำงานที่นี่มีประสบการณ์มาจากจังหวัดอื่น และมีเครือข่ายความ ช่วยเหลือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าในจังหวัดอื่นๆ ดังนั้น วิธีการและแนวทางการคาดประมาณประชากรต่างด้าวใน การศึกษานี้ สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ แต่ต้องศึกษาเพื่อหาสัดส่วนผู้มีบัตรและไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน และ สัดส่วนประชากรต่างด้าวที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ของจังหวัดนั้นๆ ประกอบการคาดประมาณ โดยเสนอแนะให้นำแนวทางนี้ ไปดำเนินงานในจังหวัดที่มีการใช้ประชากรต่างด้าวเข้มข้นติด 10 อันดับแรกของประเทศ

สำหรับการศึกษานามัยแม่และเด็กในประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร พบว่าเป้าหมายของการอพยพ แรงงานมายังประเทศไทยคือการทำงานเพื่อหาเงิน แต่ด้วยช่วงอายุที่กำลังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีการคุมกำเนิดผิดพลาดสูง ทำให้มีลูกในประเทศไทย แม้ว่าอัตราการฝากท้องที่สถานพยาบาลค่อนข้างสูงเนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องการมีสถานที่ คลอดลูกที่แน่นอน แต่น้ำหนักแรกคลอดของเด็กที่เกิดมาส่วนใหญ่กลับต่ำกว่ามาตรฐานมาก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้อง

ทำงานหนักตลอดการตั้งครรภ์ เพราะการอาศัยอยู่ในประเทศไทยนั้นเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ไม่มีพ่อแม่ญาติพี่น้องดูแลดังเช่นที่ประเทศต้นทาง

การอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทยนี้ ทำให้ผู้ชายต่างด้าวมีบทบาทในการดูแลผู้หญิงระหว่างและหลังการตั้งครรภ์ค่อนข้างมาก แต่ก็ยังขาดความรู้ในด้านสุขภาพเพื่อการดูแลของตนเองขณะตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับหญิงต่างด้าวนั้นลาคลอดไม่ได้แม้ว่าจะมีการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลต่อการคลอดและการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมา ทำให้เด็กได้รับนมแม่และอาหารอื่นๆ ตั้งแต่ทารกยังอายุน้อยเพื่อให้แม่สามารถทำงานได้ และการหย่านมเร็วยังเป็นการเตรียมส่งเด็กกลับประเทศต้นทางอีกด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กต่างด้าวที่เกิดในไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้น้อยมาก แม้ว่าส่วนใหญ่ต้องการทำประกันให้ลูกของตนเองโดยเฉพาะในขวบปีแรก การศึกษายังพบว่า เด็กต่างด้าวส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ไม่ได้รับสิทธิบัตรตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2551

การศึกษาด้านการเคลื่อนย้ายของเด็ก ทำให้เข้าใจว่าเด็กต่างด้าวที่เกิดในเกิดในไทยและประเทศต้นทางมีการเคลื่อนย้ายไปมา แต่เด็กอายุ 0-2 ปีส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มจะเดินทางกลับประเทศต้นทางเมื่ออายุ 2-5 ปี เพื่อเตรียมเข้าโรงเรียนที่ประเทศของตน และมีการเดินทางมาประเทศไทยอีกครั้งเมื่อถึงวัยแรงงาน

การศึกษานี้ได้คาดประมาณจำนวนเด็กต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครตามกลุ่มอายุดังต่อไปนี้

เด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี มีจำนวน 22,907 คน

เด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี มีจำนวน 30,530 คน

เด็กกลุ่มอายุ 0-15 ปี มีจำนวน 39,292 คน

การศึกษาด้านความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กต่างด้าว พบว่า น้อยกว่าภาพรวมของเด็กไทยถึงหนึ่งในสาม ในขวบปีแรก และน้อยกว่าเกือบครึ่ง ในช่วงอายุ 1-4 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าความครอบคลุมของวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ ยังคงค่อนข้างต่ำมาก ซึ่งส่งผลต่อการควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศไทยได้ หากระบบสุขภาพไทยไม่มีมาตรการใดๆมารองรับ อาจทำให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ควบคุมได้แล้ว กลับมาระบาดซ้ำในประเทศไทยอีกได้ เพราะมากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กต่างด้าวอายุ 0-2 ปีที่เกิดที่นี้ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย

ทั้งนี้ การที่เด็กเติบโตในครอบครัวที่มีการอพยพย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้ความครอบคลุมของวัคซีนในขวบปีแรก ต่ำกว่าทั้งในประเทศไทยและประเทศปลายทางของการอพยพแรงงาน ดังนั้น การให้บริการวัคซีนเด็กต่างด้าว นับเป็นภารกิจของระบบสุขภาพไทยเพื่อควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งการดำเนินงานจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากมีการประสานงานกันในการให้บริการ ระหว่างประเทศไทยและประเทศต้นทาง

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านอนามัยแม่และเด็ก คือ มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประชากรต่างด้าวส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ เน้นการสร้างความรู้และความตระหนักและการวิเคระห์กำเนิดโดยไม่ผิดพลาด ในด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ควรสานต่อการฝากครรภ์ที่มีอัตราสูงอยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มมาตรการในการสร้างความเข้าใจต่อการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อลดอัตราน้ำหนักแรกคลอดต่ำ และได้รับการตรวจครรภ์และได้รับวัคซีนบาดทะยัก และการรับวัคซีนของลูกต่อเนื่องหลังคลอด รวมทั้งพัฒนากลไกให้เด็กต่างด้าวทุกคนได้รับสื่อบัตรหลังคลอดก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันสถานะการไร้รัฐ และทำให้เด็กต่างด้าวมีสถานะบุคคลที่จะนำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และอื่นๆ ในอนาคต

การเพิ่มความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ควรเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครต่างด้าว และ กลุ่มต่างๆ ในชุมชนต่างด้าว พัฒนาระบบการนัดหมายที่มีประสิทธิภาพด้วยสมุดบันทึกสุขภาพเด็กสองภาษา และการลงวันนัดหมายที่สื่อสารได้กับแม่ต่างด้าว ทั้งนี้ ควรมีการทำงานร่วมกับประเทศต้นทางของการอพยพแรงงาน เพื่อพัฒนากลไกการให้บริการวัคซีนระหว่างประเทศ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป มีเด็กเกิดใหม่น้อย ทำให้ประเทศมีศักยภาพในการผลิตประชากรวัยแรงงานได้ไม่เพียงพอ ทำให้ความต้องการแรงงานต่างด้าวเข้ามาทดแทนมีมากขึ้น ประกอบกับการที่ภูมิภาคอาเซียนกำลังจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมืออย่างเสรีในอนาคตอันใกล้ การรองรับการเคลื่อนย้ายของคนในภูมิภาคที่สื่อสารต่างภาษาและมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบกันคือการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ให้มีบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรคในภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคตดังต่อไปนี้

การศึกษาเพื่อคาดประมาณประชากร

1. ควรมีข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อศึกษาการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างด้าวในมิติต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือระหว่างเมือง และระหว่างประเทศได้
2. ควรพิจารณาเรื่องอัตราการปฏิเสธการให้ข้อมูล (refusal rate) และเหตุผลของการปฏิเสธ เพื่อที่จะใช้เป็นตัวคำนวณค่าความคลาดเคลื่อนในการคาดประมาณ
3. การนำตัวเลขแรงงานจดทะเบียนมาเป็นฐานในการคำนวณ ควรจะต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ประกอบการคิดคำนวณด้วย เช่น นโยบายการจดทะเบียน ความต้องการแรงงาน เป็นต้น
4. การศึกษาวิจัยควรรวมถึงพลวัตของการเคลื่อนย้ายในแง่มุมต่างๆ เพื่อสร้างข้อเสนอแนะว่า การสำรวจในลักษณะนี้จะต้องสำรวจทุกๆ ปี และอาจนำการสำรวจลักษณะนี้เข้าไปในระบบการเก็บข้อมูลปกติในอนาคต

การศึกษาเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพประชากรต่างด้าว

1. การศึกษาวิจัยเพื่อหาความชัดเจนของระบบบริการที่เหมาะสม ต่อผู้ติดตาม ครอบครัว และลูกของประชากรต่างด้าว ซึ่งเกิดและเติบโตขึ้นมาในประเทศไทย
2. การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างข้อเสนอแนะในการดำเนินงานประกันสุขภาพในระบบรายปี และระบบประกันสังคม เพื่อสร้างความครอบคลุมของการประกัน และลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
3. การศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรชายขอบ หรือ กลุ่มเปราะบางอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วย เพื่อแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้อง
4. การศึกษาเรื่องใบรับรองการเกิด และสูติบัตรเพื่อการเข้าถึงและรับรองสถานะบุคคลให้มีกลายเป็นคนไร้รัฐของเด็กต่างด้าว
5. การศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็ก ให้เจาะลึกเพิ่มเติมในด้านต่างๆ เช่น คุณภาพของการฝากครรภ์ การโภชนาการ และคู่มือร่ายของการรับวัคซีน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อการศึกษาวิจัยในระยะต่อไป คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อใช้แนวทางนี้ในการคาดประมาณและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจเริ่มจากประเด็นที่จำเป็นเร่งด่วน โดยเฉพาะเรื่องที่มีนโยบายสาธารณสุขเอื้ออำนวยแล้วแต่ยังขาดการดำเนินงานที่เข้าถึงกลุ่มเหล่านี้ได้ เพื่อที่จะได้ต้นแบบของวิธีการดำเนินงาน และแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้และขยายผลได้ในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ จะสำเร็จลุล่วงมิได้หากปราศจากคำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็น ประโยชน์จากคณะผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานและกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาดำเนินการ ซึ่งคณะผู้ดำเนินการศึกษาขอขอบคุณอย่างยิ่ง ดังต่อไปนี้

นักวิชาการจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการอนุเคราะห์ข้อมูลสำมะโนประชากร สนับสนุนแผนที่อาณาเขตแ่งนับ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสำรวจข้อมูลภาคสนาม รวมทั้งข้อคิดเห็นต่อแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรข้ามชาติ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ ดร.นพ.วิวัฒน์ พิรพัฒน์โกศล ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างต้นแบบพยากรณ์โรค และการคาดประมาณ จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาโยบาย (สวณ.) และ คุณศิริพร ยงพานิชกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ สำนักที่ปรึกษาพันธมิตรสาธารณสุข (HCC) ซึ่งทุกท่านได้เสียสละเวลาร่วมหารือ ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อพัฒนาการทำงานตลอดการดำเนินงานของโครงการ

ทีมงานเก็บข้อมูลภาคสนาม นำทีมโดย อาจารย์ศศิธร ศิลปวุฒยา และอาจารย์รัฐภูมิ สิงห์กุล จากภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร และเจ้าหน้าที่ภาคสนามประกอบด้วย นักศึกษาจากมหาวิทยาลัยศิลปากร¹ และทีมงานอาสาสมัครต่างชาติที่สามารถสื่อสารทั้งภาษาไทยและพม่าได้ดี ทำหน้าที่ล่ามและประสานดูแลเจ้าหน้าที่ภาคสนามไทยขณะลงเก็บข้อมูลในพื้นที่² ที่ทำงานร่วมกันตลอดระยะเวลาของงานภาคสนามอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย ทำให้การศึกษานี้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทีมงานศึกษาเชิงคุณภาพภาคสนามด้านอนามัยแม่และเด็ก ดร.ฤดี ปุ่บบางกระดี่ คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งคุณกัญญาวิรุ้ ปุ่บบางกระดี่ และ Sai Tun Shwe ที่ช่วยเป็นล่ามเพื่อเอื้ออำนวยให้นักวิจัยเข้าถึงกลุ่มสนทนาให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และขอขอบคุณ นพ.พรศักดิ์ อยู่เจริญ และคุณพอฟิศ วรินทร์เสถียร กลุ่มงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้แนวทางในการพัฒนาแบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูลการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค

¹ ได้แก่ คุณบุษปรัญญ์ อินตะนัย คุณนิศาชล ชัยมงคล คุณวิไล โคตะธา คุณธนชัย วรอาจ คุณน้ำผึ้ง พลัฒ์นิต คุณชโลธร ชาญสิทธิ์กร คุณกานดา สังจันทร์ คุณอุรินธา เจริญช่วง คุณศศิกันต์ เส็งสมาน คุณนราวิทย์ ทุมเจริญ

² ได้แก่ San Lwin, Zin Min Naing, Win Maung, Soe Naing, Tun Naing Than, Soe Min Aung, Kyaw Lwin, Paing Soe Htay และ Myo Thant

นอกจากนี้ คณะผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณประชากรในพื้นที่เป้าหมายของการศึกษาทั้งคนไทยและประชากรข้ามชาติ
ทุกๆ คน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของการศึกษานี้ รวมทั้งนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เข้าร่วม
เวทีนำเสนอผลการวิจัยโครงการเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2555 ในการให้แนวทางและข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเติมเต็มการ
ศึกษาวิจัยนี้ให้สมบูรณ์ และสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

ท้ายที่สุดนี้ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เล็งเห็นความสำคัญต่อประเด็นสุขภาพของ
ประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ โดยให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	3
กิตติกรรมประกาศ	8
สารบัญเรื่อง	10
1. ความเป็นมา เป้าหมายและวัตถุประสงค์	12
2. ทบทวนการจัดระบบแรงงานต่างด้าวและบริการสุขภาพในประเทศไทย	16
2.1 พัฒนาการจัดระบบแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา	18
2.2 ระบบบริการสุขภาพประชากรต่างด้าวในประเทศไทย	20
2.3 การพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้การจัดระบบแรงงานต่างด้าว	21
2.4 อุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ	27
2.5 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพประชากรต่างด้าว	30
3. การสำมะโนประชากรต่างด้าวภาคสนาม	34
3.1 พื้นที่เป้าหมาย	34
3.2 เครื่องมือและแนวทางในการศึกษาภาคสนาม	40
3.3 ข้อมูลทั่วไปของประชากรต่างด้าวที่ศึกษา	42
4. บทเรียนการเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร	54
4.1 จุดเริ่มต้น: ระดมสมอง ทดลองพื้นที่	55
4.2 พื้นที่: ผู้คน: ความหลากหลาย	57
4.3 สัมภาษณ์พื้นที่: เข้าใจพื้นที่ เข้าใจคน	64
4.4 การลงพื้นที่: หลากวิธีในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	65
4.5 ปัญหาและข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล	67
5. ฐานข้อมูลประชากรและการคาดประมาณประชากรต่างด้าว	69
5.1 ฐานข้อมูลประชากรต่างด้าวในประเทศไทย	71
5.2 วิธีการคาดประมาณประชากรต่างด้าว	79
5.3 ข้อจำกัดและข้อสังเกต	82
5.4 ข้อเสนอแนะ	83

สารบัญ (ต่อ)

เรื่อง	หน้า
6. ข้อค้นพบและบทวิเคราะห์ด้านอนามัยแม่และเด็ก	84
6.1 การคุมกำเนิดและการตัดสินใจมีบุตร	85
6.2 การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร	88
6.3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	92
6.4 การได้ไปรับรองการเกิดและสูติบัตร	95
6.5 การเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศของเด็กต่างด้าว	97
6.6 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค	101
6.7 การดูแลเมื่อเจ็บป่วย	115
6.8 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ	119
7. ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคต	124
7.1 ด้านการคาดประมาณประชากรต่างด้าว	124
7.2 ด้านการบริการสุขภาพประชากรต่างด้าว	125
เอกสารอ้างอิง	128
เอกสารแนบ	131
เอกสารแนบที่ 1 แผนจัดการอบรมผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม	132
เอกสารแนบที่ 2 แบบสอบถามภาคสนาม	135
เอกสารแนบที่ 3 แนวคำถามในการศึกษาเชิงคุณภาพ	170
เอกสารแนบที่ 4 ผลการจัดเวทีนำเสนอผลการศึกษา	176

บทที่หนึ่ง

ความเป็นมา เป้าหมายและวัตถุประสงค์

การอพยพย้ายถิ่นเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ที่เกิดขึ้นทั่วภูมิภาคของโลก เป็นไปเพื่อแสวงหาหรืออยู่อาศัยในที่ที่มีโอกาสหรือมีสิ่งที่ดีกว่าเดิม กรมการเศรษฐกิจและสังคม องค์การสหประชาชาติ ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา ทั่วโลกมีผู้อพยพย้ายถิ่นระหว่างประเทศประมาณ 175 ล้านคน หรือคิดเป็นเกือบร้อยละ 3 ของประชากรทั้งโลก³ ในปี พ.ศ. 2548 องค์การสหประชาชาติได้รายงานว่ามีประชากรจำนวน 191 ล้านคนไม่ได้อาศัยอยู่ในประเทศของตนเอง⁴ สำหรับในภูมิภาคเอเชีย พบว่า มีผู้ย้ายถิ่นจากประเทศในเอเชียอพยพไปอยู่ในทุกภูมิภาคของโลก คิดเป็นสัดส่วน 14% ของผู้ย้ายถิ่นทั้งหมดทั่วโลก⁵ ปัจจุบัน การอพยพย้ายถิ่นมีทิศทางที่กลับกันจากอดีต กล่าวคือ จากเดิมที่อพยพจากที่เจริญกว่า-บุกเบิกไปยังพื้นที่ที่ด้อยพัฒนา กลายเป็นการอพยพจากพื้นที่ด้อยหรือกำลังพัฒนาไปยังที่ที่พัฒนาแล้ว โดยมีสภาพการณ์ที่เอื้ออำนวย ได้แก่ การเปิดเสรีและขยายตัวทางการค้า ความแตกต่างระหว่างประเทศพัฒนาแล้วและประเทศด้อยพัฒนา ความแตกต่างระหว่างรายได้ โครงสร้างประชากรของประเทศพัฒนาแล้วที่มีอัตราการเกิดต่ำ มีประชากรในวัยแรงงานน้อย แต่วัยสูงอายุมาก ทำให้ความต้องการแรงงานที่เพิ่มมากขึ้นทั้งในภาคการผลิตและสวัสดิการสังคม รวมทั้งการเดินทางระหว่างประเทศที่สะดวกมากขึ้น และเครือข่ายเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการอพยพย้ายถิ่นที่มากขึ้น

การอพยพย้ายถิ่นจากประเทศที่ส่งออก (Sending Country) จึงเป็นผลมาจากปัจจัยผลักดัน (Pushing Factors) ทั้งในด้านเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ด้านการเมืองที่เกิดความขัดแย้งหรือสงครามภายในประเทศ และด้านสังคม เช่น ค่านิยม ข้อจำกัดทางการศึกษา แรงผลักดันจากครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

การอพยพย้ายถิ่นมายังประเทศปลายทาง (Receiving Country or Destination) ก็สืบเนื่องมาจากประเทศเหล่านี้มีปัจจัยดึงดูด (Pulling Factors) ทั้งในด้านการขาดแคลนแรงงานและค่าแรงที่สูงกว่า มีความมั่นคงทางการเมืองและมีความเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้มีโอกาสในการทำงานและการศึกษา เป็นต้น

ในภูมิภาคเอเชีย นอกจากประเทศจีน องค์การสหประชาชาติได้จัดประเทศไทยให้เป็นประเทศทั้งส่งออกและปลายทางของการอพยพย้ายถิ่น⁶ เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน ทำให้ขาดแคลนแรงงานในภาคอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และการประมง แต่ในสองสามทศวรรษที่ผ่านมา แรงงานไทยจำนวนมากมีการอพยพไปทำงานในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ข้อมูลในระหว่างปี พ.ศ. 2544-2553 ประเทศที่ส่งไปมากที่สุดคือไต้หวัน รองลงมาคือ สิงคโปร์ และเกาหลีใต้ โดยในปี พ.ศ.

³ Department of Economic and Social Affairs, United Nation,

⁴ International Migration and Development, United Nations, 2006.

⁵ อ้างแล้ว ใน 3

⁶ อ้างแล้ว ใน 3

2553 คนไทยที่เดินทางไปทำงานที่ได้วันลดลง แต่เพิ่มมากขึ้นในประเทศเกาหลี โดยมีจำนวนแรงงานที่เดินทางอย่างถูกต้องตามกฎหมายเฉลี่ยถึงประมาณ 150,000 คนต่อปี⁷

สถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยต้องนำเข้าแรงงานจำนวนมากจากนอกประเทศ เพื่อมาเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจไทย แม้ว่าจะมีจำนวนผู้ทำงานที่มีความเชี่ยวชาญ (Skilled Labor) จากประเทศต่างๆ เข้ามาทำงานในประเทศไทยถึงกว่า 60,000 คนในแต่ละปี⁸ ไทยก็ยังขาดแคลนแรงงานในระดับล่าง (Unskilled Labor) จึงเป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญสำหรับประเทศเพื่อนบ้านที่มีปัญหาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและและปัญหาทางการเมือง เช่น พม่า ลาว และกัมพูชา ในการอพยพย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในประเทศไทยเพื่อรองรับความต้องการดังกล่าว

องค์การแพธ ซึ่งเป็นองค์กรที่ดำเนินงานในด้านการพัฒนาสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเน้นการพัฒนาบริการสุขภาพเพื่อการเข้าถึงของกลุ่มต่างๆ ได้ตระหนักถึงสถานการณ์อพยพย้ายถิ่น และผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ. 2545 องค์การได้ริเริ่มการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่อพยพจากประเทศกัมพูชาเพื่อมาทำงานในภาคการประมงที่จังหวัดระยอง การดำเนินงานในครั้งนั้นพบว่าในชุมชนแรงงานต่างด้าวกัมพูชา นอกจากแรงงานแล้ว ยังมีครอบครัวอพยพแรงงานติดตามมาด้วย เมื่อภรรยาของแรงงานต่างด้าวตั้งครรภ์ ก็นิยมคลอดบุตรในประเทศไทย ทำให้มีทารกชาวกัมพูชาที่เกิดในโรงพยาบาลระยองเป็นจำนวนมากต่อปี แต่ขาดการดูแลตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทำให้พบการติดเชื้อบาดทะยักในเด็กแรกเกิดที่เกิดจากแม่ชาวกัมพูชาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระยอง⁹ องค์การแพธจึงได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง และโรงพยาบาลระยอง พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ชาวกัมพูชาเข้าสู่ระบบบริการฝากท้อง ได้รับการดูแล และวัคซีนบาดทะยักครบถ้วน รวมทั้งดูแลเด็กที่คลอดออกมาให้ได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ ในช่วงที่ดำเนินงานพบว่าครอบครัวแรงงานชาวกัมพูชา มักพาเด็กทารกหลังคลอดกลับภูมิลำเนาเมื่อเด็กมีอายุเฉลี่ยราว 6 เดือน ทำให้ไม่ได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่อง องค์การแพธจึงได้ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย โดยใช้สมุดสุขภาพเด็กของกัมพูชาสองภาษา (ไทย-เขมร) เป็นสื่อกลางในการเชื่อมต่อเพื่อให้เด็กที่อพยพกลับได้รับวัคซีนต่อเนื่องที่ประเทศไทยต่อไป

ในฐานะที่องค์การแพธเป็นหนึ่งในคณะกรรมการกวาดล้างโปลิโอ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มมีนโยบายดังกล่าว องค์การแพธได้มีบทบาทในการเสนอแนะแนวทางการทำงานให้คณะกรรมการฯ ในด้านการเข้าถึงวัคซีนพื้นฐานของเด็กต่างด้าว เพื่อสร้างความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับเด็กทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

⁷ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2555

⁸ อ้างแล้ว ใน 7

⁹ องค์การแพธ, 2546

ตั้งแต่ พ.ศ. 2546 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกในด้านเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อดำเนินโครงการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรค หนึ่งในโครงการดังกล่าวคือ โครงการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ หรือโครงการฟามิตร (Prevention of HIV/AIDS among Migrant Workers: PHAMIT) ซึ่งองค์การแพธก็ได้เข้าไปมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้าถึงได้สำหรับประชากรต่างด้าว ร่วมกับ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบการจัดการประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แต่โครงการดังกล่าว ยังขาดการดำเนินงานในด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งพัฒนาการเข้าถึงบริการความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กด้วยวัคซีน

โครงการฟามิตร ได้ใช้คำว่า “แรงงานข้ามชาติ” แทนคำว่า “แรงงานต่างด้าว” ซึ่งมักใช้ในแวดวงขององค์การพัฒนาเอกชนในประเทศ/ระหว่างประเทศ และนักวิชาการบางส่วน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็นว่าเป็นแรงงานที่อพยพข้ามพรมแดนระหว่างประเทศมายังประเทศปลายทาง และเพื่อลดการตีตราและอคติอันเนื่องมาจากคำว่า “ต่างด้าว” แต่สำหรับเอกสารทางราชการ ยังคงใช้คำว่าแรงงานต่างด้าว ประชากรต่างด้าวที่ใช้ในการศึกษาวิจัยนี้ หมายถึงประชากรต่างด้าว คือ แรงงานและครอบครัว ที่อพยพมาจากประเทศสหภาพเมียร์มาร์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และราชอาณาจักรกัมพูชา เพื่อมาทำงานในประเทศไทย

ทางองค์การแพธจึงได้พัฒนาการทำงานในด้านอนามัยแม่และเด็กโดยเน้นที่กรุงเทพมหานคร พื้นที่ที่จัดได้ว่ามีปัญหาด้านความครอบคลุมของวัคซีนที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งนี้ องค์การแพธมีการดำเนินงานด้านสุขภาพอื่นๆ ในพื้นที่กรุงเทพฯ ในเขตที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นที่สุด โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับองค์กรในระดับท้องถิ่น คือ สำนักงานแพทย์ และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ ได้มีการริเริ่มความร่วมมือกับสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความร่วมมือเบื้องต้นในการให้บริการวัคซีนเด็กต่างด้าว

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลในระบบอย่างเป็นทางการ ที่อ้างอิงถึงจำนวนประชากรต่างด้าว โดยเฉพาะผู้หญิงและเด็ก ที่จะทำให้เห็นถึงขนาดของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำมาพัฒนาความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน ทำให้ยากต่อการจัดสรรทรัพยากร และระบบการให้บริการรองรับที่เหมาะสม อีกทั้งไม่สามารถประเมินความสำเร็จของการให้บริการวัคซีนพื้นฐาน หรือความครอบคลุมได้ เนื่องจากขาดจำนวนที่แท้จริงหรือใกล้เคียงกับความจริง

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

องค์การแพธ และ สำนักที่ปรึกษาพันธมิตรสาธารณสุข (Health Counterpart Consultant: HCC¹⁰) ได้ร่วมกันศึกษาวิจัย “การพัฒนาแนวทางการคาดประมาณประชากรต่างด้าว บริการวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก และเสริมสร้างความครอบคลุมของวัคซีนเด็กในพื้นที่กรุงเทพมหานคร” โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อศึกษานำร่องวิธีการคาดประมาณประชากรต่างด้าวในเขตกรุงเทพมหานคร และทำความเข้าใจต่อการรับรู้และพฤติกรรมในด้านการคุมกำเนิด การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด และการรับวัคซีน รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานครนี้ เพื่อสร้างข้อเสนอแนะในการพัฒนาบริการและระบบสุขภาพต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมในด้านนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับประชากรต่างด้าว ฐานข้อมูลประชากรต่างด้าวในระบบต่างๆ และระบบการให้บริการสุขภาพ รวมถึงทบทวนโครงการต่างๆ ในประเทศไทยที่ดำเนินงานกับประชากรกลุ่มนี้
2. พัฒนาแนวทางการทำงานสำมะโนประชากรต่างด้าวภาคสนามในเขตกรุงเทพมหานคร และถอดบทเรียนเพื่อเสนอต่อสำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. พัฒนาแนวทางเพื่อการคำนวณ/คาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าว จากฐานข้อมูลที่มีอยู่เพื่อนำมาปรับใช้กับการคาดประมาณในพื้นที่อื่นๆ ได้
4. วิเคราะห์/ทำความเข้าใจการอาศัยอยู่เป็นคู่/ครอบครัว การเคลื่อนย้าย และการวางแผนครอบครัว
5. ค้นหา/ระบุ ปัจจัยและประเด็นที่มีผลต่อการฝากท้องของหญิงมีครรภ์ต่างด้าว การเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการรับบริการวัคซีนพื้นฐาน และความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในเด็กต่างด้าวในเขตกรุงเทพมหานคร
6. สร้างข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการคาดประมาณประชากรต่างด้าว และการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการเสริมสร้างความครอบคลุมของวัคซีนเด็กในกลุ่มประชากรต่างด้าว

¹⁰ Health Counterparts Consulting (HCC) Group เป็นหน่วยงานเอกชนที่ไม่ได้แสวงผลกำไร จัดตั้งเป็นทางการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เพื่อเป็นหน่วยงานให้บริการวิชาการแก่องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนต่าง ๆ โดย HCC มีทีมนักวิชาการอิสระและนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย ที่มีประสบการณ์การทำงานและความเชี่ยวชาญหลากหลายสาขา โดยเฉพาะงานด้านสาธารณสุข ชุมชนและสังคมศาสตร์ ในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ อนามัยเจริญพันธุ์ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ การจัดทำสื่อและพัฒนาสื่อ ตลอดจนการวิจัยประเมินผลโครงการ โดยเฉพาะด้านเอชไอวี/เอดส์และ สุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ HCC ยังได้ร่วมมือเป็นภาคีกับเครือข่ายนักวิชาการและสถาบันการศึกษาในการให้บริการต่าง ๆ ในปัจจุบัน HCC ได้ให้บริการงานวิชาการแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในและต่างประเทศ ในการทำวิจัยและติดตามประเมินผล การพัฒนาสื่อและหลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ และอนามัยเจริญพันธุ์

บทที่สอง

ทบทวนการจัดระบบแรงงานต่างด้าวและบริการสุขภาพในประเทศไทย

การอพยพย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นไปเนื่องจากปัจจัยดึงดูดทางเศรษฐกิจของประเทศปลายทางเป็นหลัก การตอบสนองของประเทศไทยต่อสถานการณ์นี้ในอดีตจนถึงปัจจุบัน จึงเน้นในเรื่องการจัดระบบแรงงานเป็นหลัก โดยมีโครงสร้างระดับประเทศรองรับ โดยมีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544 รองรับ ภายใต้ระเบียบนี้ คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงาน เป็นรองประธาน ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปลัดกระทรวงอุตสาหกรรม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ ผู้อำนวยการสำนักข่าวกรองแห่งชาติ ผู้บัญชาการทหารสูงสุด ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการกองอำนวยการรักษาความมั่นคงภายใน อธิบดีกรมการจัดหางาน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกินสี่คน เป็นกรรมการ เลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เป็นกรรมการและเลขานุการ และรองเลขาธิการคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง เป็นกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ¹¹

หน่วยงานหลักๆ ที่เกี่ยวข้อง มีหน่วยงานในกำกับที่มีบทบาทหน้าที่ต่างๆ อาทิเช่น

- กระทรวงแรงงาน โดยกรมการจัดหางาน ดำเนินการพิจารณาอนุญาตการทำงานของแรงงานต่างด้าว
- กระทรวงมหาดไทย โดยกรมการปกครอง ดำเนินการรับรายงานตัวคนต่างด้าวที่สำนักทะเบียน และจัดทำบัตรประจำตัวบุคคล
- กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักปลัด ออกมาตรการให้โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงฯ ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว รวมทั้งกำกับดูแลโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพ
- กระทรวงกลาโหม โดยกองทัพบก และกองทัพอากาศ ป้องกันและสกัดกั้นการเข้ามาของคนต่างด้าวในบริเวณชายแดนไทย
- สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ดำเนินการปราบปราม จับกุม ดำเนินคดีคนต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย และทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตฯ

¹¹ คณะกรรมการพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2544

- สำนักนายกรัฐมนตรี โดยสำนักงานสภาความมั่นคง ดำเนินการด้านความมั่นคงภายในประเทศ และจัดการในเรื่องการไว้สถานะบุคคลของคนกลุ่มต่างๆในประเทศไทย ตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาและสถานะสิทธิบุคคล

คณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง มีสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานเลขานุการ มีบทบาทหลัก คือ การจัดการแรงงานต่างด้าวในประเทศไทยทั้งระบบ โดยมีการประชุมเพื่อพิจารณาประเด็นสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบแรงงานต่างด้าวในแต่ละปี เพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีจัดทำเป็นมติ ครม. เพื่อให้มีผลบังคับใช้ต่อไป

ต่อมาภารกิจและโครงสร้างของกบร. ได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมตามสถานการณ์ ใน พ.ศ. 2546 และ พ.ศ. 2553 ล่าสุด ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 คณะรัฐมนตรีได้ปรับโครงสร้างและภารกิจของกบร. เพื่อครอบคลุมการบริหารจัดการแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งปรับโครงสร้างของ กบร. ให้มีคณะกรรมการทั้งในส่วนกลางและในระดับจังหวัด ยกย่องหน่วยงานที่เป็นเลขานุการ กบร. คือ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว ให้เป็นกรมในสังกัดกระทรวงแรงงาน¹²

นอกจากหน่วยงานในกบร.ที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ มีบทบาทในการจัดการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ อาทิต

- กระทรวงศึกษาธิการ โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้ออกระเบียบว่าด้วยหลักฐานในการรับนักเรียน ให้ลูกของแรงงานต่างด้าวทั้งที่มีและไม่มีเอกสารประจำตน เข้าศึกษาในสถานศึกษาของรัฐได้เช่นเดียวกับเด็กไทย ใน พ.ศ. 2548
- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานหลักที่ใช้อำนาจดำเนินงานตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ. 2551 เนื่องจากการอพยพข้ามพรมแดนเพื่อทำงานในประเทศนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการ จัดหา ซื่อ ขาย กักขัง หน่วงเหนี่ยว ใช้กำลัง ลักพาตัว ฯลฯ แรงงานจากประเทศต้นทางมายังประเทศไทย
- กระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน มีภารกิจในการสร้างความเสมอภาคในการคุ้มครองแรงงาน รวมทั้งแรงงานต่างด้าวทั้งที่มีการจดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย หรือที่ไม่มีเอกสารการทำงานแต่มีสภาพการจ้างงานจริง
- สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ มีคณะกรรมการฯ 2 ชุดที่เกี่ยวข้อง คือ 1) อนุกรรมการฯ ด้านสิทธิมนุษยชนของผู้ไร้สัญชาติ ไทยพลัดถิ่น ผู้อพยพ และชนพื้นเมือง 2) อนุกรรมการด้านฯ การคุ้มครองสิทธิแรงงานและการประกอบอาชีพ ซึ่งอนุกรรมการฯ ทั้งสองชุดเกี่ยวข้องกับประชากรต่างด้าวทั้งแรงงาน ผู้ติดตามและครอบครัว

¹² มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2554

- สภาพนายความแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ มีอนุกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติ และผู้พลัดถิ่น เพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านกระบวนการยุติธรรมกับประชากรต่างด้าว
- สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร รับผิดชอบตรวจและประกันสุขภาพ แรงงานต่างด้าวตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข

2.1 พัฒนาการจัดระบบแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา

อาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาเศรษฐกิจในปัจจุบัน ผู้อพยพย้ายถิ่นที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยจากพม่า ลาว และกัมพูชา มีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกลไกที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทย แม้ว่าการอพยพ แรงงานนั้นจะมีมาช้านานแล้ว ในระยะแรกๆ รัฐบาลไทยถือว่าแรงงานเหล่านั้นคือผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย แต่ก็มี การผ่อนผันการใช้แรงงานต่างด้าวได้ โดยกระทรวงที่มีบทบาทหลักในขณะนั้นคือ กระทรวงมหาดไทย โดยในระหว่างปี พ.ศ. 2519-2543 คณะรัฐมนตรีได้มีการออกระเบียบ พระราชบัญญัติ และนโยบายที่เกี่ยวข้องรองรับสถานการณ์ที่พบใน แต่ละปี

ต่อมา ประเทศไทยได้ยืดหยุ่นยอมรับการมีอยู่ของแรงงานต่างด้าวมากขึ้น โดยใน พ.ศ. 2535 ได้มีมติ คณะรัฐมนตรี อนุญาตให้มีการจ้างผู้หลบหนีเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายจากทั้ง 3 ประเทศ ให้อาศัยและทำงานในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับ มติคณะรัฐมนตรีนี้ส่งผลให้เกิดแนวปฏิบัติในการจดทะเบียนแรงงานเป็นรายปี จนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจากจังหวัดชายแดนไทย-พม่า 9 จังหวัด ต่อมาในปี พ.ศ. 2539 ได้ขยายไปยังจังหวัดที่ประกอบ กิจการประมงทะเลรวม 43 จังหวัด ในปีถัดๆ ไป มีการเพิ่มเติมทั้งประเภทกิจการจำนวนจังหวัดที่อนุญาตให้มีการจัดจ้าง แรงงานต่างด้าว และครบทุกจังหวัดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2544 อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติกลับพบว่า จำนวนแรงงานที่ เข้าสู่การจดทะเบียนอย่างถูกต้องในแต่ละปีมีแนวโน้มลดลง และมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มีอยู่ จริง

ในปี พ.ศ. 2547 มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญของการบริหารจัดการ กล่าวคือ ได้มีนโยบายการจัดการ แรงงานต่างด้าวทั้งระบบ โดยให้ประชากรต่างด้าวจาก 3 ประเทศทั้งหมดที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย คือ แรงงานที่มีและไม่ มีเอกสารอนุญาตทำงาน รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตามทั้งหมด ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย โดยได้รับเอกสาร ประจำตัวคือทะเบียนราษฎร หรือ ท.ร. 38/1 ที่มีเลข 13 หลักเช่นเดียวกับคนไทย (แต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย) ส่วนผู้ที่ ประสงค์จะทำงาน ต้องขอใบอนุญาตทำงานจากกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน แรงงานต่างด้าวที่ขอใบอนุญาตทุก คนต้องตรวจสุขภาพ และทำประกันสุขภาพทุกปี โดยได้รับสิทธิประโยชน์ใกล้เคียงแต่น้อยกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า ทั้งนี้ ประชากรต่างด้าวที่ทำ ท.ร. 38/1 เฉพาะผู้ที่ทำงานต้องมารายงานตัวในระบบทะเบียนราษฎร เพื่อนำหลักฐาน ไปต่อใบอนุญาตทำงาน โดยต้องตรวจร่างกาย และทำประกันสุขภาพการต่ออายุแรงงานมีค่าใช้จ่ายโดยรวมประมาณปีละ 3,900 บาท สำหรับการทำงานในประเทศไทยชั่วคราว 1 ปี หากไม่ได้ดำเนินการด้านเอกสารต่อเนื่องในปีถัดไป ก็จะไม่ได้อ

รับการผ่อนผันให้อาศัยและทำงานในประเทศไทย แรงงานในระบบผ่อนผันรายปีนี้จะมีชื่อเรียกในเอกสารของทางราชการว่า แรงงานต่างด้าวตามมาตรา 13 หรือเรียกสั้นๆว่า ‘กลุ่มผ่อนผัน’ ซึ่งแรงงานในกลุ่มนี้จะต้องเข้าสู่อุปสรรคสัญชาติภายใต้บันทึกช่วยจำในการจัดการแรงงานระหว่างประเทศ ดังจะกล่าวต่อไป

แรงงานที่เข้าสู่ระบบในปี พ.ศ. 2547 เท่านั้นที่สามารถจดทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานในปีถัดไป เนื่องจากกระบวนการผ่อนผันนี้เป็นนโยบายปีต่อปี การจดทะเบียนแรงงานในแต่ละปี ต้องรอให้มีมติคณะรัฐมนตรี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมาจัดทำแนวปฏิบัติ ในแต่ละปี โดยเฉพาะในการจดทะเบียนหลังปี พ.ศ. 2554 แรกๆ มีระยะเวลาเตรียมการค่อนข้างกระชั้นชิด และมีเวลาเพียง 1 เดือนในการเปิดให้ดำเนินการตามกระบวนการทั้งหมด ซึ่งสิ่งที่ตามมาคือเกิดปัญหานานับประการในการดำเนินการครบทั้งกระบวนการ ด้วยข้อจำกัดทั้งในด้านเวลาที่ไม่มีเพียงพอ ค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง และความร่วมมือจากนายจ้างที่มักจดทะเบียนให้กับลูกจ้างเพียงบางคน ประกอบกับความไม่เข้าใจในแนวปฏิบัติของการจดทะเบียนซึ่งมีการปรับเปลี่ยนในรายละเอียดทุกปี ส่งผลให้มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบผ่อนผันรายปีอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ข้อเท็จจริงที่พบจากชุมชนต่างด้าวยังพบว่า แรงงานต่างด้าวและครอบครัวไม่ได้อยู่อาศัยในประเทศไทยตลอดระยะเวลาการผ่อนผัน กล่าวคือ มีการเดินทางเข้า-ออกประเทศไทยในช่วงเทศกาลสำคัญ เพื่อไปเยี่ยมครอบครัว ส่งเงินและสิ่งของ หรือพาสมาชิกครอบครัวกลับบ้านเกิด ซึ่งถือว่าเป็นธรรมชาติของการอพยพแรงงาน ในอีกด้านหนึ่ง ก็มีผู้ประสงค์จะเดินทางเข้ามาทำงานตามการชักชวนของเพื่อน/ญาติที่เคยทำงานในประเทศไทย หรือนายหน้าส่งแรงงานข้ามแดน การสกัดกั้นผู้อพยพเข้ามาใหม่ตามแนวชายแดนไทยก็ไม่ประสบความสำเร็จทั้งหมด เพราะมีขบวนการลักลอบส่งคนต่างด้าวเข้าเมืองที่ทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองต่อความต้องการแรงงานของประเทศ และแม้ว่าแรงงานต่างด้าวที่อพยพเข้ามาใหม่ประสงค์จะทำงาน มีงานและมีนายจ้างรองรับก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการจดทะเบียนอย่างถูกต้องได้ ส่งผลให้จำนวนผู้ที่เข้าสู่การจดทะเบียนแรงงานในระบบมีน้อยลงทุกๆ ปี ในขณะที่จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ทำงานอยู่จริงนั้นมีได้น้อยลง ทั้งนี้เพราะจำนวนมากทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตอย่างถูกต้อง

จากสถานการณ์และข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้ผู้ประกอบการไทยที่ขาดแรงงานในภาคการผลิตต่างๆ ได้ร้องขอให้รัฐบาลเปิดให้มีการจดทะเบียนแรงงานที่ไม่มีเอกสาร รัฐบาลไทยในแต่ละยุคได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้จดทะเบียนเพิ่มเติมสำหรับแรงงานที่ไม่มีเอกสาร ในปี พ.ศ. 2549, 2552 และ 2554 อย่างไรก็ตาม พบว่า การต่อทะเบียนแรงงานและการจดทะเบียนเพิ่มเติมในปีหลังๆ รัฐบาลไม่อนุญาตให้มีการจดทะเบียนผู้ติดตามและครอบครัวแต่อย่างใด ทั้งๆที่ผู้อพยพมาใหม่ อาจมีผู้ติดตามและครอบครัวมาด้วย แต่การผ่อนผันได้ยกเว้นลูกของแรงงานต่างด้าวที่อายุไม่เกิน 15 ปี รวมถึงลูกที่เกิดในประเทศไทย ที่สามารถนำไปรับรองการเกิดจากสถานพยาบาล (ท.ร. 1/1) เพื่อขอสูติบัตร (ท.ร. 1/2) ที่มีเลข 13 หลักแต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ทั้งนี้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551

ตั้งแต่ พ.ศ. 2550 เป็นต้นมา ได้มีการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากบันทึกช่วยจำ (MOU; Memorandum of Understanding) ในด้านการจัดการแรงงานระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน คือ กัมพูชา ลาว และพม่า มาดำเนินงาน สำคัญของบันทึกช่วยจำนี้คือ การทำให้แรงงานต่างด้าวที่ทำงานในประเทศไทยนั้นมีเอกสารทำงานอย่างถูกต้องทั้งในประเทศไทยและประเทศต้นทาง แนวทางในการดำเนินงานที่สำคัญคือ 1) การพิสูจน์สัญชาติกับแรงงานที่ได้รับการผ่อนผันในประเทศไทย เพื่อให้ประเทศต้นทางจัดทำหนังสือเดินทาง (Passport) และ เอกสารอนุญาตทำงาน 2) การนำเข้าแรงงานต่างด้าวจากประเทศต้นทางอย่างเป็นทางการโดยมีหนังสือเดินทาง และเอกสารอนุญาตทำงาน แรงงานที่เข้าสู่ระบบการจัดการแรงงานระหว่างประเทศตาม MOU มักปรากฏในเอกสารราชการว่า แรงงานต่างด้าวตามมาตรา 9 หรือเรียกสั้นๆว่า ‘กลุ่มนำเข้า’

แรงงานมาตรา 9 นั้นจะเข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานไทย และรับสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของประกันสังคม แต่หากประเภทงานนั้นๆ ไม่เข้าข่ายระบบประกันสังคม เช่น แรงงานในภาคประมง เป็นต้น ก็จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรายปีเช่นเดียวกับแรงงานในระบบผ่อนผันฯ อย่างไรก็ตามด้วยปัญหาของการพิสูจน์สัญชาติของประเทศต้นทาง และการนำเข้าแรงงานที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างแพงจากประเทศต้นทาง ทำให้มีแรงงานจำนวนไม่มากเข้าสู่ระบบตามแนวปฏิบัติตาม MOU นี้ ขณะที่การอพยพแรงงานข้ามพรมแดนอย่างผิดกฎหมายยังคงดำรงอยู่ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการแรงงานในประเทศไทย

ส่วนประชากรต่างด้าวอีกกลุ่มหนึ่ง คือ ผู้ติดตามและครอบครัว หลังจากปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา พบว่าไม่มีนโยบายที่ชัดเจนว่ารัฐบาลไทยจะมีแนวปฏิบัติอย่างไรกับคนกลุ่มนี้ ทั้งๆ ที่มีจำนวนไม่น้อยที่ยังอาศัยอยู่ในประเทศไทย และมีจำนวนหนึ่งที่ได้เดินทางกลับประเทศต้นทางไปแล้ว ทำให้ขาดข้อมูลของประชากรกลุ่มนี้ ทั้งที่ยังคงอาศัยอยู่ และเคลื่อนย้ายออกไปแล้วในระบบทะเบียนราษฎรที่เป็นปัจจุบัน ทำให้คาดเดาได้ยากว่ามีจำนวนเท่าไรที่ยังอาศัยอยู่ในประเทศไทย

2.2 ระบบบริการสุขภาพประชากรต่างด้าวในประเทศไทย

ตั้งแต่มีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรต่างด้าวเข้ามาในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2539 ประเทศไทยยังไม่มี ความชัดเจนในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าว อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีนโยบายด้านสุขภาพที่ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ในการรักษาพยาบาลโดยไม่เลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ สัญชาติ และภาษา เห็นได้จากสถานพยาบาลในจังหวัดชายแดนไทยที่มีคนใช้ข้ามชายแดน เข้ามารักษาที่ประเทศไทยเป็น จำนวนมากมาช้านานแล้ว ซึ่งคนใช้เหล่านี้มีทั้งที่สามารถจ่ายค่าบริการได้และไม่ได้ ในกลุ่มผู้ที่ไม่มีกำลังจ่ายค่า รักษาพยาบาล สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ติดชายแดนไม่ปฏิเสธบริการตามหลักมนุษยธรรม โดยให้ คนใช้ชำระค่าบริการตามกำลังจ่ายที่มี แต่ละโรงพยาบาลก็มีระบบสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย รวมทั้งสถานพยาบาลใน จังหวัดชายแดน ก็จะได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากส่วนกลาง

ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 เป็นต้นมา ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้แนวทางการจัดสรรงบประมาณการบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นเป้าหมายสูงสุดตามพันธสัญญาของนานาประเทศในด้านสุขภาพ ในแนวทางนี้ มีการจัดระบบการเงินการคลัง โดยกระจายงบประมาณตามจำนวนของประชากรในเขตรับผิดชอบของสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อให้บริการสุขภาพอย่างครบวงจร ครอบคลุม 4 ด้าน คือส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟู ทั้งนี้ งบประมาณหลักประกันสุขภาพต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ มีการจำกัดความครอบคลุมผู้ที่มีสัญชาติไทยตามทะเบียนราษฎรเท่านั้น ส่งผลให้บุคคลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่ไม่มีสถานะทางทะเบียน เช่น ชนกลุ่มน้อย ชาวไทยภูเขา คนไทยพลัดถิ่น รวมทั้งประชากรต่างด้าวด้วย ไม่เข้าข่ายตามหลักประกันสุขภาพนี้ อีกทั้งประชากรเหล่านี้ มักมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ มีกำลังจายน้อย พบปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐานในระบบ

ในปี พ.ศ. 2545 ระบบสุขภาพไทยมีการปฏิรูปครั้งใหญ่ กล่าวคือ ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545¹³ ได้มีการปรับระบบการกระจายงบประมาณในการให้บริการสาธารณสุข โดยการจัดสรรงบประมาณต่อจำนวนประชากรไทยในพื้นที่ดำเนินงานของหน่วยบริการคู่สัญญา ซึ่งคือโรงพยาบาลในระดับจังหวัดและอำเภอเป็นหลัก ภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาตินี้ ผู้เข้ารับบริการจะเข้ารับบริการสุขภาพโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือจ่ายเพียง 30 บาท ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลในแต่ละยุคสมัย ดังนั้น การออกแบบระบบบริการสุขภาพประชากรต่างด้าว ซึ่งเริ่มดำเนินงานอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมจึงจัดตั้งตั้งแต่ พ.ศ. 2547 จึงได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักการนี้ด้วย แตกต่างกันตรงที่แรงงานต่างด้าวต้องเป็นผู้จ่ายค่าประกันสุขภาพต่อปีเองในอัตราที่เท่ากับรัฐจ่ายให้ประชากรไทยต่อคน แต่การดำเนินงานนี้ครอบคลุมได้เฉพาะแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนเท่านั้น ส่วนผู้ติดตาม และลูกของแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ยังไม่มีประกันสุขภาพ ผลที่ตามมาคือ การบรรลุเป้าหมายสูงสุดทางด้านสาธารณสุข คือสุขภาพถ้วนหน้า (Health for all) ของประเทศไทยในบริบทที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่ด้วย โดยใช้แนวทางหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงยังพบปัญหาที่ไม่อาจครอบคลุมประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้

2.3 การพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้การจัดระบบแรงงานต่างด้าว

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การตอบสนองของประเทศไทยต่อการอพยพย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้าน ใช้แนวทางการจัดระบบแรงงานเป็นหลัก ทำให้หน่วยงานในกระทรวงแรงงาน คือ สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน มีบทบาทนำในการบริหารจัดการ มาตรการหลักที่ทางกระทรวงสาธารณสุขเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 ที่เริ่มมีนโยบายผ่อนผันให้มีการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวครั้งแรก โดยใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับการตรวจสุขภาพของผู้สมัครเข้ารับราชการ คือ กำหนดโรคที่จะควบคุมป้องกัน 6 โรค (ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง โรคซิฟิลิส โรคมาลาเรีย และโรคพยาธิลำไส้) และโรคที่ถ้าตรวจพบจะไม่ออกใบอนุญาตทำงานจำนวน 7 โรค คือ 1) โรคจิต หรือ จิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน 2) วัณ

¹³ กระทรวงสาธารณสุข, 2545

โรคในระยะอันตราย 3) โรคเรื้อรังที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม 4) โรคเท้าช้างที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม 5) โรคซิฟิลิส ระยะที่ 3 6) ดิยาเสฟติดให้โทษ และ 7) โรคพิษสุราเรื้อรัง)

แนวทางการตรวจโรคเช่นนี้มุ่งควบคุมโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมาก่อน เพื่อมิให้แรงงานแพร่เชื้อและเป็นภาระต่อการรักษาพยาบาล¹⁴

ผลการตรวจสุขภาพแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- | | |
|----------|-------------------------|
| ประเภท 1 | ปกติ |
| ประเภท 2 | พบโรคที่ต้องติดตามรักษา |
| ประเภท 3 | พบโรคต้องห้ามมิให้ทำงาน |
| ประเภท 4 | พบว่าตั้งครุภ |

สำหรับผลการตรวจในประเภทที่ 3 ที่ห้ามมิให้ทำงาน ได้มีรายงานอย่างไม่เป็นทางการจากผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดในหลายจังหวัดที่มีประชากรต่างด้าวจำนวนมากว่า ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลจะไม่ส่งกลับแต่จะทำการติดตามรักษาแทน เมื่อรักษาให้หายแล้วจึงให้รับรองผลการตรวจสุขภาพ เนื่องจากหากส่งกลับก็จะเป็นภาระของสำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมืองที่ไม่สามารถรองรับการส่งกลับได้ อีกทั้งการผลักดันออกนอกประเทศนั้นไม่เป็นจริง พบว่าแรงงานเหล่านั้นก็จะเดินทางกลับมาเช่นเดิม ดังนั้น การรักษาให้หายขาดแล้วจึงให้เข้าทำงาน จึงเป็นมาตรการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลดีต่อทั้งประเทศไทยและประเทศต้นทางมากกว่า

สำหรับประเภทที่ 4 ได้ยกเลิกการรายงานผลการตั้งครุภใน พ.ศ. 2550 โดยให้การตรวจการตั้งครุภเป็นไปตามกระบวนการวินิจฉัยเพื่อหลีกเลี่ยงการเอื้อประโยชน์และการกีดกันโรคเท้าช้างในระหว่างการตรวจสุขภาพ ด้วยเหตุที่จะส่งผลต่อทารกในครุภ

เมื่อรัฐบาลกำหนดให้มโนบายการจัดการแรงงานต่างด้าวทั้งระบบ ในปี พ.ศ. 2547 หน่วยงานที่รับผิดชอบสุขภาพของคนทั้งประเทศ คือกระทรวงสาธารณสุข มีสถานะเป็นเพียงหนึ่งในกรรมการของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) เมื่อเป็นเช่นนี้ บทบาทหลักของกระทรวงฯ ต่อเรื่องนี้ จึงเป็นภารกิจที่ได้รับมอบหมายมาจาก กบร. ที่มีกระบวนการทศนในด้านการจัดระบบแรงงาน กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข (เดิมอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต่อมาใน ปี พ.ศ. 2553 จึงได้โอนย้ายสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มาอยู่ภายใต้สำนักปลัด โดยรวมภารกิจกับสำนักอื่นๆที่เกี่ยวข้อง และใช้ชื่อว่า “สำนักบริหารการสาธารณสุข”) ให้ดำเนินการออกมาตรการตรวจสุขภาพและจัดทำประกันสุขภาพภาคบังคับ ให้กับแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนแรงงานกับสำนักงานจัดหางานในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศไทย

¹⁴ กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2550

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออก “มาตรการและแนวทางการดำเนินการตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว” เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักปลัด กระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รับไปดำเนินการ สำหรับในกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมการแพทย์รับไปดำเนินงาน โดยให้โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ (ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี) รับมาตรการประกันสุขภาพนี้ไปดำเนินงาน รวมทั้งให้กรมการแพทย์ดำเนินงานร่วมกับสำนักงานการแพทย์ หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร ให้โรงพยาบาลในสังกัดที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร (ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล) รับแนวทางการตรวจสอบและประกันสุขภาพไปดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 2 โรง ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดสมุทรสาคร (ได้แก่ โรงพยาบาลศรียชัย 5 และ โรงพยาบาลบางปะกอก 9) ให้ใช้มาตรการและแนวทางนี้ในการตรวจสอบและรับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวด้วย

โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว มีบทบาทในการจัดการตรวจสอบสุขภาพแรงงานต่างด้าว โดยมีค่าใช้จ่ายคนละ 600 บาท และประกันสุขภาพคนละ 1,300 บาท (ตามงบประมาณรายคนของหลักประกันสุขภาพในปี พ.ศ. 2547 แม้ว่างบรายคนจะมีการปรับในภายหลัง แต่ก็ไม่มีการปรับค่าประกันในคนต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกัน) รวมค่าใช้จ่ายต่อปีที่แรงงานต่างด้าวจ่ายเพื่อการเข้าสู่ระบบประกันคือ 1,900 บาท สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวนี้อาจใกล้เคียงกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกเว้นการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไต และการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม รวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ครอบคลุมในกรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการใช้บริการแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่าย 30 บาท ซึ่งหลังจากการบริการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ยกเลิกการจ่าย 30 บาท ก็มีได้ยกเลิกการจัดเก็บเงินในการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวแต่อย่างใด

งบประมาณที่ได้จากการรับประกันสุขภาพนี้ มีแนวทางการจัดระบบการเงิน โดยแบ่งเงินประกันต่อคนจำนวน 1,300 บาท เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) ค่าบริการทางการแพทย์ 964 บาท จำนวนนี้แบ่งออกเป็น ค่ารักษาพยาบาล 914 บาท ให้แต่ละโรงพยาบาลบริหารจัดการ ค่ารักษาพยาบาลใช้จ่ายสูง 50 บาทให้กลุ่มประกันสุขภาพ หน่วยงานในสังกัดสำนักปลัดบริหารจัดการ ทั้งนี้พบว่า แต่ละโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพมีแนวทางการบริหารจัดการแตกต่างกันไป หลายแห่งจะแยกหมวดเป็นเงินประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวโดยเฉพาะ ในบางโรงพยาบาลจะนำเงินประกันสุขภาพต่างด้าว หลักประกันสุขภาพ และประกันสังคม รวมกันเพื่อใช้บริหารจัดการการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล สำหรับค่ารักษาพยาบาลค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท โรงพยาบาลจะเบิกจ่าย เมื่อมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ซึ่งเงินจำนวนนี้เป็นการบริหารจัดการปีต่อปี กล่าวคือ กลุ่มประกันสุขภาพจะจัดสรรส่วนที่เหลือในแต่ละปีงบประมาณ ส่งคืนกลับให้โรงพยาบาลที่รับประกันตามสัดส่วนทุกๆ ปี

- 2) ค่าส่งเสริมป้องกันโรค 206 บาท ให้แต่ละโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพบริหารจัดการเพื่อดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบ แต่ในบางจังหวัด งบฯส่งเสริมป้องกันโรคของทุกโรงพยาบาลในจังหวัด มีการรวบรวมไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อใช้ในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคในแรงงานต่างด้าวทั้งจังหวัด โดยให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดที่มีประชากรต่างด้าวในพื้นที่ดำเนินงาน รวมทั้งโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพ จัดทำโครงการของงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคได้ การบริหารจัดการในลักษณะนี้ทำให้โรงพยาบาล และ/หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีงบประมาณในระดับปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมป้องกันโรคในจังหวัดของตนเองพอสมควร ตามจำนวนแรงงานที่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าการดำเนินงานในส่วนนี้ มักขาดการนิเทศติดตามจากระดับเขตและส่วนกลาง อีกทั้งประเด็นการส่งเสริมป้องกันโรคในกลุ่มคนต่างด้าวมิได้เป็นตัวชี้วัดหลักของการปฏิบัติงาน (KPI: Key Performance Indicator) ในระบบสาธารณสุขอย่างเป็นทางการแต่อย่างใด

ในส่วนของกรุงเทพมหานคร งบฯค่าส่งเสริมป้องกันโรคนี้จัดสรรไว้ที่โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพทั้งหมด ซึ่งก็มีข้อสังเกตถึงความเป็นไปได้ของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิในสังกัดกรมการแพทย์ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว ถึงความเป็นไปได้ในการดำเนินงานภารกิจเพื่อส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน อีกทั้งโรงพยาบาลในส่วนของกรุงเทพมหานครที่ขึ้นอยู่กับสำนักงานการแพทย์ ก็มีบทบาทหลักในการรักษาพยาบาล แต่การส่งเสริมและป้องกันโรคนั้นมีสำนักอนามัยเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน ร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 68 แห่งที่กระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานคร แต่การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคในกลุ่มประชากรต่างด้าวนั้น สำนักอนามัย กรุงเทพมหานครกลับไม่สามารถเข้าถึงงบฯส่งเสริมป้องกันโรคในส่วนนี้ได้ แต่ต้องเจียดงบประมาณส่งเสริมป้องกันโรคในส่วนหลักประกันสุขภาพแทน ทำให้การดำเนินงานนั้นทำได้อย่างจำกัด

- 3) ค่าบริหารจัดการ 130 บาท จำนวนนี้แบ่งจัดสรร 120 บาทให้กับหน่วยบริหารในจังหวัด คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้ในการบริหารจัดการด้านงานสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว ส่วนที่เหลือ 10 บาท จัดสรรให้กับสำนักบริหารการสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติการกิจการบริหารงานด้านสุขภาพแรงงานต่างด้าว สำหรับกรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เสมือนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของกรุงเทพมหานคร งบบริหารจัดการ 120 บาท จึงได้จัดสรรมาไว้ที่กรมการแพทย์เพื่อใช้ในการบริการจัดการสาธารณสุขในประชากรต่างด้าว

มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสอบสุขภาพและประกันสุขภาพ เป็นมาตรการที่ออกปีต่อปีตามมติ คณะรัฐมนตรีในเรื่องการจัดระบบแรงงานต่างด้าวในปีนั้นๆ ทั้งนี้พบว่า มาตรการและแนวทางฯ ในแต่ละปีมีการปรับเปลี่ยนไม่มากนัก กล่าวคือ

- พ.ศ. 2544 ดำเนินการตรวจและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวอย่างเป็นระบบเป็นปีแรก
- พ.ศ. 2548-49 ขยายขอบข่ายของการตรวจและประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าว ไปยังผู้ติดตามและครอบครัวตาม ความสมัครใจโดยต้องตรวจสุขภาพด้วย
- พ.ศ. 2550 ประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวเป็นหลัก แต่สำหรับผู้ติดตามและครอบครัวให้สถานบริการสุขภาพ พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสม ดังนั้น การดำเนินการขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล หรือ สำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัดที่จะเปิดรับประกันสุขภาพผู้ติดตามและครอบครัวเนื่องจากมติ คณะรัฐมนตรีไม่มีความชัดเจนในสิทธิอาศัยอยู่ของคนกลุ่มนี้
- พ.ศ. 2551 ประกันสุขภาพสามารถทำได้ในแรงงานต่างด้าว ผู้ติดตาม และครอบครัว ทั้งที่ได้รับการผ่อนผันและ ไม่ได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในประเทศไทย แต่การรับประกันหรือไม่ยังคงขึ้นอยู่กับหน่วยบริการ สุขภาพเป็นหลัก
- พ.ศ. 2552-53 ประกันสุขภาพทำได้ในแรงงานต่างด้าวที่ต่อทะเบียนแรงงาน และจดทะเบียนใหม่ ตามมติ คณะรัฐมนตรี แต่มีความชัดเจนว่าไม่รวมถึงผู้ติดตามและครอบครัว
- พ.ศ. 2554 ประกันสุขภาพในแรงงานต่างด้าวทั้งที่ต่อทะเบียนและขึ้นทะเบียนใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้ง ผู้ติดตามที่เป็นบุตรที่อายุไม่เกิน 15 ปีโดยสมัครใจโดยไม่รวมผู้ติดตามประเภทอื่นๆ

ข้อสังเกตที่ได้จากการตรวจและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2554 พบว่า การจัดการ ประกันสุขภาพนั้น ต้องปรับเปลี่ยนเป็นไปเป็นปีต่อปี ตามมติคณะรัฐมนตรีด้านการจัดระบบแรงงานเป็นหลัก พบว่า ใน ระยะแรกๆ ของการประกันสุขภาพ คือในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2551 กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายามที่จะขยาย ขอบข่ายของการเข้าสู่ระบบประกันให้ครอบคลุมประชากรต่างด้าวให้มากที่สุดตามหลักการของสุขภาพถ้วนหน้า คือ แรงงาน ผู้ติดตาม และครอบครัว โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย ต่อมาใน พ.ศ. 2552 เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง และการบริหารจัดการภายในของส่วนกลาง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะดำเนินงานด้านการประกันสุขภาพ ตามแนวทางของมติคณะรัฐมนตรี และคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) เป็นหลัก กล่าวคือ รับผิดชอบประกันสุขภาพเฉพาะแรงงานต่างด้าวและบุตรที่อายุไม่เกิน 15 ปีเท่านั้น โดยไม่มีคำตอบที่ชัดเจนให้กับ สถานพยาบาลทั่วประเทศว่า กลุ่มประชากรต่างด้าวที่เป็นผู้ติดตามที่มีอยู่จำนวนมากนั้น จะมีทางออกสำหรับการ ประกันสุขภาพอย่างไร

สำหรับแรงงานต่างด้าวตามมาตรา 9 ตามบันทึกข้อตกลงระหว่างประเทศ ที่พิสูจน์สัญชาติและได้รับหนังสือเดินทางชั่วคราว หรือ ที่นำเข้าจากประเทศต้นทางและมีหนังสือเดินทาง กำหนดไว้ว่าให้แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสังคม โดยมีการสมทบในรูปแบบเดียวกันกับการประกันสังคมของแรงงานไทย กล่าวคือ มีการจ่ายเงินสมทบจาก 3 ส่วนคือ รัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง สำหรับแรงงานในกลุ่มนี้ที่ไม่เข้าข่ายประเภทอาชีพที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ เช่น แรงงานในภาคธุรกิจประมง แรงงานในภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ก็ให้เข้าสู่ระบบประกันรายปีเช่นเดิม ตั้งแต่เริ่มมีแรงงานต่างด้าวตามมาตรา 9 ใน พ.ศ. 2549 พบว่า แรงงานต่างด้าวที่เข้าสู่ระบบประกันสังคม ยังมีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มประกันสุขภาพภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ยังไม่พบปัญหาที่ชัดเจนนัก

ต่อมาเมื่อมีแรงงานเข้าสู่ระบบพิสูจน์สัญชาติมากขึ้นใน พ.ศ. 2554 พบว่า มีนายจ้างจำนวนมากไม่ยื่นเรื่องลูกจ้างต่างด้าวต่อสำนักงานประกันสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงการจ่ายสมทบ อีกทั้ง แรงงานเองก็รู้สึกที่ต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนมาก (มากกว่าการจ่ายรายปี) เพื่อได้ประกันสุขภาพในแต่ละปี จากช่องว่างดังกล่าว ทำให้ในหลายจังหวัดจึงเริ่มมีรายงานแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก ที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ นอกจากนี้ การประกันสุขภาพในสิทธิประโยชน์ของสำนักงานประกันสังคม ครอบคลุมแต่การรักษาพยาบาล แต่ไม่ครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคด้วย ในกรณีของจังหวัดสมุทรสาคร¹⁵ พบว่า ผู้บริหารด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัดจึงเสนอแนะให้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพแรงงานต่างด้าว หลังจากที่แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสังคมทั้งหมดแล้ว ในส่วนของผู้ประกอบการ ได้เสนอแนะว่าควรให้แรงงานต่างด้าวทำประกันสุขภาพรายปีมากกว่าการทำประกันสังคม เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ซึ่งทางฝ่ายสาธารณสุขเองก็สนับสนุนแนวทางนี้

ต่อประเด็นนี้ ในมุมมองของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านประชากรข้ามชาติ หรือ Migrant Working Group ซึ่งมีหน่วยงานภาคเอกชนในประเทศและระหว่างประเทศที่ทำงานด้านสุขภาพ การศึกษาและสิทธิแรงงานของประชากรข้ามชาติ ได้สร้างข้อเสนอแนะ ผ่านทางเอกสาร “กรอบแนวคิดเชิงนโยบายด้านสิทธิแรงงานข้ามชาติและคนไร้รัฐในประเทศไทย” และการประชุมระดับประเทศต่างๆ ในประเด็นนี้อย่างต่อเนื่องเสมอมา ต่างมีความเห็นในแนวทางที่ว่า แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามมติของคณะรัฐมนตรี และแนวทางของคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง

แต่ในอีกด้านหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นหน่วยงานส่วนกลางของประเทศ ที่มีพันธกิจและความรับผิดชอบด้านสุขภาพของคนทั้งประเทศ จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานในการเข้าถึงสุขภาพอย่างถ้วนหน้าของทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย ซึ่งรวมถึงการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค หากดำเนินงานตามพันธกิจนี้ได้ จะก่อให้เกิดผลในทางบวกต่อคนไทย ผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกคน และประเทศชาติโดยรวม มากกว่าเพียงการจำกัดกรอบการทำงานของตนเองตามแนวนโยบายการจัดระบบแรงงาน ที่ขึ้นำโดยกระทรวงแรงงานและคณะกรรมการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองเท่านั้น

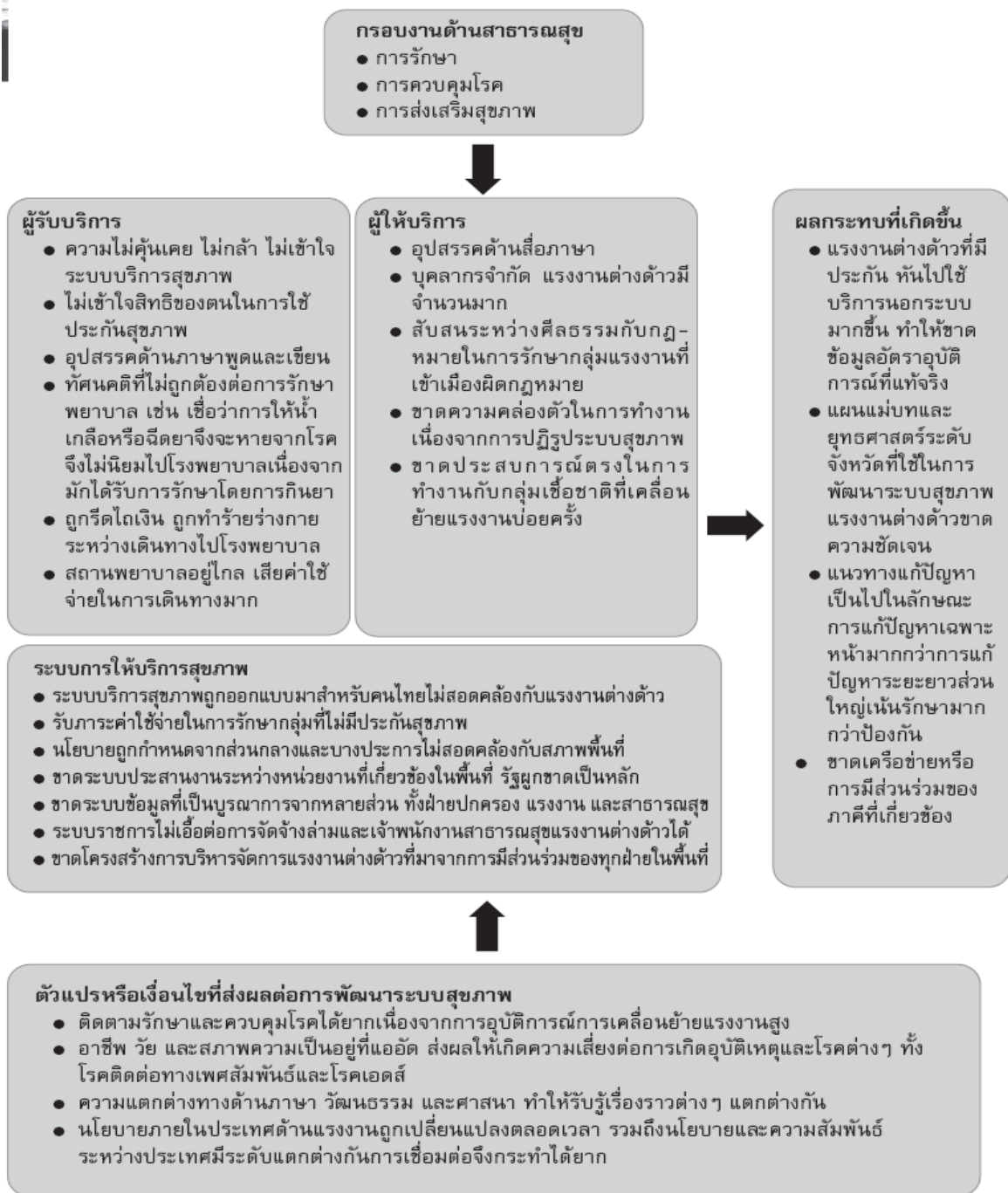
¹⁵ กิตติ เรืองวิไลพร, 2555

ทั้งนี้ สถานการณ์การอพยพย้ายถิ่นก็มีความชัดเจนว่า จะไม่สิ้นสุดแต่หากมีแนวโน้มที่จะเพิ่มและมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ กระทรวงสาธารณสุขก็มีอาจปฏิเสธความรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณสุข ที่อาจติดตามมาอันเนื่องมาจากการดำเนินงานด้านสุขภาพในปัจจุบัน ที่ไม่สามารถครอบคลุมทุกคนโดยเฉพาะคนต่างด้าวอาศัยอยู่ในประเทศได้ ดังนั้น การวางมาตรการและระบบสุขภาพภายใต้การยอมรับต่อสถานการณ์ปัจจุบัน ที่สอดคล้องกับแนวโน้มอนาคตตั้งแต่วันนี้ จึงย่อมดีกว่าการตามแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่อาจรุนแรงเกินคาดเดาในอนาคต

2.4 อุปสรรคการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2551 องค์การแพธ ได้ร่วมกับสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการฟ้ามิตร ทำการศึกษาช่องว่างเพื่อการพัฒนาของการเข้าถึงบริการสุขภาพใน 10 จังหวัดนำร่องที่มีประชากรต่างด้าวจำนวนมากในลำดับต้นๆ ได้แก่สมุทรสาคร ระยอง ชลบุรี สมุทรปราการ ตาก เชียงใหม่ ระนอง ภูเก็ต สงขลา และปัตตานี พบว่า ช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพมีอุปสรรคในด้าน 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ผู้ให้บริการสุขภาพ และ 3) ผู้รับบริการสุขภาพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความท้าทายของระบบสุขภาพไทย¹⁶



แหล่งข้อมูล หนังสือมีใช้เพียงภาระหน้าที่: บันทึกประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ, หน้า 26

¹⁶ องค์การแพธ และ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2549

จากแผนภาพจะเห็นว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรต่างด้าวเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ คือ ความกลัวและความไม่คุ้นเคยในระบบบริการ แม้แต่ผู้ที่มีประกันสุขภาพก็ไม่เข้าใจสิทธิในการใช้บริการในระบบประกัน การรับบริการพบอุปสรรคการสื่อสารต่างภาษาทั้งการพูดและเขียน ซึ่งอุปสรรคนี้พบในผู้ให้บริการเช่นเดียวกัน ทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความยากลำบากในการให้รักษาพยาบาลในขั้นตอนต่างๆ แม้ว่าต่อมาได้มีแนวทางการแก้ปัญหาการสื่อสารต่างภาษาโดยใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว (อสต.) หรือ พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว (พสต.) มาเป็นล่ามสื่อภาษา แต่ก็พบปัญหาในการจัดจ้างอย่างถูกต้อง เนื่องจากไม่มีตำแหน่งงานที่สอดคล้อง จึงเกิดความพยายามจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน เพื่อแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ร่วมกับกระทรวงแรงงาน ซึ่งผลคือมีตำแหน่งงานรองรับงานนี้ได้ แต่พบว่า ก็มีเพียงโรงพยาบาลไม่กี่แห่งโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีโครงการพิเศษที่ดำเนินงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีการจัดจ้าง อสต. และพสต. เข้าทำงานในโรงพยาบาล เพราะขึ้นอยู่กับให้ความสำคัญของผู้บริหารโรงพยาบาล

ในกลุ่มประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่อย่างผิดกฎหมาย พบว่า จำนวนมากไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อเข้ารับการรักษา เพราะกลัวการถูกจับ หรือรีดไถระหว่างทางไปโรงพยาบาล หรือกลัวว่าหากรักษาแล้วทางโรงพยาบาลจะแจ้งจับเพื่อส่งกลับประเทศต้นทาง ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่า การแจ้งจับ-ส่งต่อผู้ป่วยต่างด้าว หรือหญิงต่างด้าวหลังคลอดบุตรไปยังสถานกักตัวคนต่างด้าว ของสำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมือง เพื่อรอส่งตัวกลับประเทศยังมีปรากฏอยู่อย่างต่อเนื่อง เนื่องจากยังมีสถานพยาบาลจำนวนมากที่บุคลากรไม่เข้าใจในข้อกฎหมายเกรงว่าตนเองและโรงพยาบาลจะมีความผิดในฐานะให้ที่พักพิงแก่คนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง นอกจากนี้ บุคลากรที่ให้บริการยังขาดประสบการณ์ในการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับ กับผู้รับบริการต่างด้าว ที่มีวัฒนธรรม ความคิดและภาษา ที่แตกต่างกันไป รวมทั้งการเคลื่อนย้ายถิ่นอยู่เสมอของประชากรต่างด้าว ทำให้การติดตามเพื่อควบคุมป้องกันโรคเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

ดังนั้น ทำให้คนต่างด้าวจำนวนมาก แม้ว่าจะมีประกันสุขภาพ เมื่อเจ็บป่วยไม่กล้าเปิดเผยตนเองเพื่อขอรับบริการมักไปใช้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน หรือหาซื้อยามากินเอง การไปโรงพยาบาลก็ต่อเมื่ออาการหนักมากแล้ว การใช้บริการนอกระบบ ทำให้ระบบสุขภาพขาดข้อมูลอัตราอุบัติการณ์ที่แท้จริง สถานพยาบาลจำนวนมากที่รับการรักษาคนไข้ที่อาการหนัก มักพบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายกับหน่วยงานใดๆ จากส่วนกลางได้ ระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับประชากรต่างด้าวที่ขาดความชัดเจน ซึ่งสะท้อนจากระดับปฏิบัติการมีทั้งทางด้านภาระค่าใช้จ่าย ระบบข้อมูล นโยบายที่ไม่สอดคล้องกับสภาพการในพื้นที่ รวมทั้งการขาดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ชัดเจน ส่งผลให้แนวทางการให้บริการเป็นไปในลักษณะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการแก้ปัญหาระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน

ทั้งนี้ การขาดแผนแม่บท หรือแผนยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการปัญหาถือเป็นประเด็นสำคัญที่ทำให้ไม่มีแผนงานที่ชัดเจนในระดับปฏิบัติการ ซึ่งแม้ต่อมาได้มีความพยายามจากองค์การระหว่างประเทศ และองค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขในประชากรต่างด้าวในปี พ.ศ. 2549 แต่ยุทธศาสตร์นี้ก็มิได้มีการรับรองอย่างเป็นทางการแต่อย่างใด

ทั้งนี้อุปสรรคที่สำคัญคือทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขทั้งในระดับต่างๆ กล่าวคือ มีแนวโน้มที่มีทัศนคติในทางลบ เข้าใจว่าคนต่างด้าวเป็นภาระกับประเทศไทย มาแย่งใช้บริการสุขภาพของรัฐที่ได้มาจากภาษีของคนไทย เป็นพาหะนำโรคติดต่อต่างๆ รวมทั้งมีความคิดว่าการมีประชากรต่างด้าวจะเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของประเทศไทย ซึ่งข้อเท็จจริง แรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยนั้น ช่วยทดแทนแรงงานไทยที่ขาดแคลนในภาคอุตสาหกรรม การเกษตร ปศุสัตว์ ก่อสร้าง ประมงและประมงต่อเนื่อง ซึ่งจากสถิติของกระทรวงแรงงานระบุว่ากำลังผลิตของแรงงานต่างด้าว คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ (GDP: Gross Domestic Product) ในปี พ.ศ. 2545 และร้อยละ 5 ในปี พ.ศ. 2550¹⁷ ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า แรงงานต่างด้าวมีส่วนในการสร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจให้กับประเทศไทยด้วย

ทางออกที่สำคัญของการแก้ไขปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพในประชากรต่างด้าว จึงควรเริ่มจากวิธีการคิดและปฏิบัติต่อประชากรต่างด้าวในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย ตราบใดที่ไม่สามารถหยุดยั้งการพัฒนาแบบไร้ขีดจำกัดของโลกทุนนิยม ความต้องการแรงงานและการย้ายถิ่นข้ามชาติไปสู่ประเทศที่มีงานทำและชีวิตที่ดีกว่าก็คงดำเนินต่อไป ซึ่งระบบสุขภาพไทยควรมีการปรับตัวและมองไปข้างหน้าเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างยั่งยืน และการปรับทัศนคติจากภาระของการทำงาน ให้เป็นความท้าทายต่อการคิดค้นนวัตกรรมในเชิงระบบและนโยบายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ จะเป็นแนวทางในการนำไปสู่สุขภาวะของคนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยต่อไป

2.5 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพประชากรต่างด้าว

หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพประชากรต่างด้าวในประเทศไทย ประกอบไปด้วย หน่วยงานรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ดังต่อไปนี้

ภาครัฐ มีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 2 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน

- กระทรวงสาธารณสุข มีสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวง และกรมการแพทย์ รับผิดชอบการกำหนดนโยบายในด้านแนวทางการตรวจและประกันสุขภาพ รวมทั้งควบคุมกำกับ การดำเนินงาน ครอบคลุมแรงงานต่างด้าวที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ผ่านโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่รับประกันสุขภาพในทุกจังหวัดประเทศไทย

¹⁷ องค์การระหว่างประเทศด้านการโยกย้ายถิ่นฐาน และ เครือข่ายองค์กรด้านแรงงานข้ามชาติ (MWG), 2552.

นอกจากนี้ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ยังมีสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ ที่เข้ามามีบทบาทในส่วนที่เป็นงานด้านสาธารณสุขชายแดน โดยมีข้อช่วยในการกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับประชากรทั้งหมด ทั้งคนไทย กลุ่มชาติพันธุ์ และคนต่างด้าว ที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้านทั้ง 4 ประเทศ คือ พม่า ลาว กัมพูชา และมาเลเซีย โดยมีจุดเน้นที่จังหวัดในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าเป็นหลัก ทั้งนี้ หากเป็นการดำเนินงานในประเด็นด้านการควบคุมโรค หรือ การส่งเสริมสุขภาพ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก็มีส่วนร่วมดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ก็ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงาน หรือ มีบุคลากรภายใต้กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย ที่ดูแลรับผิดชอบในด้านการควบคุมโรค/การส่งเสริมสุขภาพของประชากรต่างด้าวโดยเฉพาะ

- กระทรวงแรงงาน มีสำนักงานประกันสังคม รับผิดชอบกำกับการให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสังคม โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แรงงานต่างด้าวตามมาตรา 9 ที่นำเข้าอย่างถูกต้องจากประเทศต้นทาง และผ่านการพิสูจน์สัญชาติที่สอดคล้องกับเกณฑ์ในการเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้

ภาคองค์กรระหว่างประเทศ ประเด็นสุขภาพประชากรต่างด้าวนั้นเป็นที่สนใจในเวทีสุขภาพระดับสากล อันสืบเนื่องจากการอพยพย้ายถิ่นที่เกิดขึ้นทั่วทุกภูมิภาคของโลก ดังนั้น จึงมีองค์การระหว่างประเทศหลายหน่วยงานที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพประชากรต่างด้าวในประเทศไทย ตัวอย่างองค์กรดังกล่าวอาทิเช่น

- องค์การอนามัยโลก (WHO: World Health Organization) ประจำประเทศไทย ประเด็นสุขภาพประชากรต่างด้าว (health of migrants) ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกใน พ.ศ. 2551 ให้เป็นความท้าทายทางสาธารณสุข ในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มพัฒนาโครงการทางด้านสาธารณสุขชายแดนตั้งแต่ พ.ศ. 2544 ในเขตจังหวัดชายแดนไทย-พม่า ในด้านความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่อมาได้มีการร่วมกับทางกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆที่ทำงานในด้านนี้ เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำหรับประชากรชายแดน ปัจจุบันยุทธศาสตร์นี้ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากกระทรวงสาธารณสุข
- องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM: International Organization Migration) ประเทศไทย มีประเด็นงานในด้านสุขภาพการโยกย้ายถิ่นฐาน (Migration Health) โดยมุ่งเน้นที่การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนานโยบายระบบและการบริการสุขภาพ รวมทั้งพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ UNFPA (United Nations Population Fund) มีโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการพัฒนาประชากร ในระหว่างปี 2549-2554 แม้ไม่ได้ระบุประชากรต่างด้าวไว้ในแผนหลัก แต่ก็ได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายประชากรต่างด้าวด้วย

ภาคเอกชน จากการที่ภาครัฐของประเทศไทยนั้นตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขในประชากรต่างด้าวได้ค่อนข้างจำกัด จึงมีหน่วยงานพัฒนาเอกชนที่หลากหลายเพื่อทำงานพัฒนาสุขภาพในด้านนี้ โดยมีมุมมองว่ากลุ่มประชากรต่างด้าวว่าเป็นกลุ่มด้อยโอกาสหนึ่งในสังคมไทยที่ถูกกละเลย ในภาพรวม การดำเนินงานเพื่อพัฒนาประชากรต่างด้าวนั้น ครอบคลุมมิติต่างๆ ได้แก่ สิทธิและการคุ้มครองแรงงาน สุขภาพ การศึกษา การค้ามนุษย์ และกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น ในด้านสุขภาพ มีองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนพอสมควรที่ดำเนินงาน องค์กรเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนต่างๆ ได้แก่ กองทุนโลกลดอันตราย วัณโรคและมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐอเมริกา (USAID: US Agency for International Development) เป็นต้น เพื่อดำเนินงานโครงการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันดูแลรักษาวัณโรค การอนามัยเจริญพันธุ์ และการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานทั้งหมดก็ได้ทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับภาครัฐที่เกี่ยวข้อง โดยมีงานด้านสุขภาพในประเด็นที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนนั้นๆ เป็นงานหลักที่สำคัญ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมด้วย

องค์กรภาคเอกชนที่ทำงานกับประชากรต่างด้าวนั้น โดยรวมแล้วมีพื้นที่ดำเนินงานครอบคลุมเกือบทุกจังหวัดในประเทศไทยที่มีประชากรต่างด้าวหนาแน่น องค์กรในแต่ละพื้นที่มักทำงานไม่ซ้ำซ้อนกัน หรือในกลุ่มเป้าหมายเดียวกันแต่ต่างประเด็นกัน โดยทั่วไป การทำงานด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสุขภาพ เช่น การค้ามนุษย์ สิทธิและการคุ้มครองแรงงาน มักมีความเป็นไปได้ที่อาจต้องมีการเรียกร้องความถูกต้องเป็นธรรมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่การทำงานด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ มักเป็นลักษณะเกี่ยวเนื่องและสนับสนุนซึ่งกันและกันร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคม

นอกจากนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนยังมีการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่าย ทั้งในระดับประเทศ และระดับอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง ดังต่อไปนี้

- เครือข่ายในระดับประเทศ ได้แก่ เครือข่ายฟามิตร (PHAMIT: Prevention of AIDS among Migrant Workers in Thailand) ตั้งในปี พ.ศ. 2547-ปัจจุบัน www.phamit.org เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านแรงงานข้ามชาติ (MWG: Migrant Working Group) ตั้งในปี พ.ศ. 2549-ปัจจุบัน www.mwg.org เครือข่ายปฏิบัติการเพื่อแรงงานข้ามชาติ (ANM: Action Network for Migrants) เป็นต้น
- เครือข่ายในระดับอนุภูมิภาคกลุ่มแม่น้ำโขง ได้แก่ MMN (Mekong Migration Network) www.mekongmigration.org ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2546 ประกอบไปด้วยสมาชิกจากประเทศไทย ลาว กัมพูชา มณฑลในประเทศจีนตอนล่าง เวียดนาม และพม่า สำหรับประเทศไทย องค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศไทยหลายองค์กรก็เป็นสมาชิกในเครือข่ายอนุภาคน้ำโขงนี้ด้วย

นอกเหนือจากองค์กรพัฒนาเอกชนดังกล่าว ยังมีหน่วยงานเอกชนในประเทศไทยที่สนับสนุนการทำงานในประชากรต่างด้าว ได้แก่ สำนักคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งประเทศไทย สภานายความ เป็นต้น

ภาคประชาสังคม อาจกล่าวได้ว่า ภาคประชาสังคมของคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มที่มาจากประเทศพม่า นั้นค่อนข้างมีหลากหลายและมีความเข้มแข็ง โดยมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือคนสัญชาติ/เชื้อชาติเดียวกันกับตนเองที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ภาคประชาสังคมเหล่านี้มีทั้งส่วนที่มีการขึ้นทะเบียนเป็นองค์กรหรือมูลนิธิ หรืออาจรวมตัวกันเป็นกลุ่มภายใต้ร่มเงาขององค์กร/มูลนิธิต่างๆ ที่จดทะเบียนในประเทศไทย โดยทั่วไปองค์กร/กลุ่มภาคประชาสังคมเหล่านี้ มักดำเนินกิจกรรมการให้ความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ สังคมสงเคราะห์ การศึกษา และสิทธิแรงงาน ด้วยจุดแข็งขององค์กร/กลุ่มในด้านการสื่อสารภาษาและความเข้าใจวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้มีหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชน มีความพยายามที่จะเสริมสร้างความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมกับภาคประชาสังคมเหล่านี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนางานด้านสุขภาพในกลุ่มชุมชนต่างด้าวต่างๆ ด้วย

ปัจจุบันไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าภาคประชาสังคมของคนต่างด้าวมีกี่กลุ่มและจำนวนเท่าไร อย่างไรก็ตาม จากการทำงานขององค์กรแพธในด้านการป้องกันเอดส์ในประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ. 2549-2552 พบว่าสามารถสร้างความร่วมมือกับภาคประชาสังคมต่างด้าวได้มากกว่า 10 กลุ่ม ในชุมชนเป้าหมาย 14 ชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรต่างด้าวได้ค่อนข้างมากกว่าการทำงานโดยใช้เจ้าหน้าที่คนไทยเท่านั้น

บทที่สาม

การสำมะโนประชากรต่างด้าวภาคสนาม

3.1 พื้นที่เป้าหมาย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร จากฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ 1) สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน 2) สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร จากการสืบค้นฐานข้อมูลประชากรต่างด้าวจากแหล่งดังกล่าว และหารือกับผู้เกี่ยวข้อง/รับผิดชอบ ในการความเข้าใจถึงที่มาของข้อมูล วิธีการจัดเก็บ ความเป็นปัจจุบันของข้อมูล และสภาพปัญหาของการได้มาซึ่งข้อมูล ในบริบทของนโยบายการจัดระบบแรงงานต่างด้าวที่ผันแปรทุกปี ผลการวิเคราะห์พบว่า แต่ละฐานข้อมูลมีความเหลื่อมทับซ้อนกัน และ/หรือ จัดเก็บข้อมูลในกลุ่มที่แตกต่างกัน เช่น แรงงาน ผู้ติดตาม เป็นต้น ทำให้การเทียบฐานข้อมูลแต่ละฐานนั้นเป็นไปได้ค่อนข้างยาก

ดังนั้น เพื่อให้การคาดประมาณประชากรต่างด้าวจากการศึกษาครั้งนี้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อการนำไปใช้ในอนาคต จึงได้เลือกพื้นที่การศึกษาให้สอดคล้องกับกรอบพื้นที่สำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือ Census Block ซึ่งเป็นหน่วยแ่งนับ (Enumeration Area โดยมีชื่อย่อว่า EA) เป็นแนวทางในการสำรวจเพื่อเปรียบเทียบและค้นหาแนวทางในการคาดประมาณประชากร ร่วมกับฐานข้อมูลอื่นๆ โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรเป็นแนวทางในการกำหนดพื้นที่สำรวจ โดยแบ่งออกเป็นหนาแน่นมาก ปานกลาง และน้อย และมีการสุ่มตัวอย่างในลักษณะนาร์รองที่เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการศึกษาหาแนวทางการคาดประมาณประชากรต่างด้าวได้ ดังนั้น ระเบียบวิธีวิจัยนี้ จึงต้องมีการทำงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในด้านความร่วมมือในการใช้ข้อมูลแ่งนับและนับจดตาม Census Block ที่สุ่มสำรวจ โดยการนับจด หมายถึง การนับและจดบันทึกครัวเรือนทุกประเภท รวมทั้งอาคารและ สิ่งปลูกสร้างทั้งสิ้น ภายในชุมชนอาคาร/หมู่บ้านนั้น ส่วนการแ่งนับหมายถึง การแจกแจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่สนใจ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ให้ความร่วมมือในการจำแนกข้อมูลจำนวนคนต่างด้าวที่ไม่มีสัญชาติไทย ออกเป็นคนต่างด้าวที่มีสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา และอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการคาดประมาณประชากรต่างด้าวเป้าหมายในลักษณะ Triangular ซึ่งจะนำมาคำนวณวิเคราะห์เปรียบเทียบกับฐานข้อมูลอื่นๆ ด้วย

เนื่องจากการศึกษานี้ถือเป็นโครงการศึกษาวิจัยนาร์รอง และด้วยข้อจำกัดของงบประมาณและกรอบระยะเวลาการทำงาน จึงได้สุ่มเลือก EA ที่จะลงเก็บข้อมูลตามหลักการทางสถิติ จำนวน 21 EA โดยเป็นการสุ่มเลือกจาก EA ทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร โดยแบ่ง EA ออกเป็น 3 กลุ่มตามความหนาแน่น มาก ปานกลาง น้อย โดยการสุ่มเลือก EA ในการศึกษา นี้ เริ่มต้นจากตารางข้อมูลแจกแจงความถี่จำนวน EA ที่มีประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย จากการสำมะโนประชากรและเคหะปี 2553 รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลแจกแจงความถี่ประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยใน EA ในกรุงเทพมหานคร

ช่วงจำนวนประชากร ที่ไม่มีสัญชาติไทย	ความถี่	ร้อยละ	ร้อยละสะสม
1-50	2,677	56.6	56.6
51-100	833	17.6	74.3
101-200	488	10.3	84.6
201-400	340	7.2	91.8
401-600	123	2.6	94.4
601-1,000	116	2.5	96.8
1,001 ขึ้นไป	150	3.2	100.0
รวม	4,727	100.0	

ที่มา : ผลการสำมะโนประชากรและเคหะ ปี 2553 สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน EA ที่มีประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยตามช่วงจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยจำนวน 7 ช่วง เริ่มต้นตั้งแต่จำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย 1-50 คน ไปจนถึงมากกว่า 1,000 คน โดยแต่ละช่วงมีจำนวนประชากรไม่เท่ากัน เมื่อค่ากลางของช่วงจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย และจำนวน EA ในแต่ละช่วง มาคำนวณหาจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย จะได้จำนวนประชากรที่มีสัญชาติไทย ตามตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยที่คำนวณจากค่ากลางในแต่ละชั้นความถี่

(1) ช่วงจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย	(2) ความถี่	(3) จำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย	(4) จำนวนประชากรทั้งหมดที่ไม่มีสัญชาติไทย	(5) การจัดกลุ่มความหนาแน่น
1-50	2,677	66,925	202,600	กลุ่มหนาแน่นน้อย
51-100	833	62,475		
101-200	488	73,200		
201-400	340	102,000	256,300	กลุ่มหนาแน่นปานกลาง
401-600	123	61,500		
601-1,000	116	92,800		
1,001 and over	150	180,000	180,000	กลุ่มหนาแน่นมาก

จากข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าเมื่อพิจารณาจำนวนประชากรทั้งหมดที่ไม่มีสัญชาติไทยช่องที่ (4) ซึ่งมีจำนวนรวมใกล้เคียงกัน ที่สามารถนำมาแบ่งกลุ่มได้ 3 กลุ่ม โดยมีเกณฑ์ในการแบ่งเพื่อสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบความหนาแน่นของประชากรเป็นดังนี้

1. กลุ่มหนาแน่นน้อย มีจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย 0-200 คน
2. กลุ่มหนาแน่นปานกลาง มีจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย 201-1,000 คน และ
3. กลุ่มหนาแน่นมาก มีจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย 1,001 คนขึ้นไป

เมื่อแบ่งกลุ่ม EA ที่มีจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยได้ 3 กลุ่มแล้ว จึงทำการสุ่มเลือก EA ในแต่ละกลุ่มความหนาแน่น เพื่อเก็บข้อมูลกลุ่มละ 5 EA โดยใช้ตัวเลขสุ่มที่ได้พัฒนาขึ้น จำนวน 30 ชุดตัวเลข และสุ่มเลือก 1 ชุด เพื่อนำมาเลือก EA ทั้งหมด โดยชุดตัวเลขสุ่มจะประกอบด้วย คือ ชื่อเขต และ ลำดับเลขที่ของ EA ในเขตนั้น ในแต่ละกลุ่มความหนาแน่น เช่น สุ่มครั้งที่ X ได้ชื่อเขตและ ลำดับเลขที่ของ EA ในเขตนั้น ดังนี้

ตารางที่ 3 ตัวอย่างชุดตัวเลขสุ่มเลือก EA

ความหนาแน่น	ลำดับที่ EA	1	2	3	4	5
น้อย	เขต	จอมทอง	คันทายาว	บางแค	ป้อมปราบฯ	บางกะปิ
	ลำดับที่ EA	9	16	105	6	56
หนาแน่นปานกลาง	เขต	ราชเทวี	สาทร	สวนหลวง	ดินแดง	ห้วยขวาง
	ลำดับที่ EA	10	8	16	11	7
หนาแน่นมาก	เขต	คลองเตย	คลองเตย	ปทุมวัน	จตุจักร	ภาษีเจริญ
	ลำดับที่ EA	13	4	1	8	0

ในครั้งแรก ได้สุ่มเลือก EA ตามกลุ่มความหนาแน่นละ 5 EA รวมเป็น 15 EA ทั้งนี้ได้เลือก EA ที่มีสภาพพื้นที่ที่สามารถเก็บข้อมูลได้ เช่น ไม่เป็นสถานที่ราชการ หรือ อาคารพักอาศัยที่มีจำนวนห้องพักมาก หากได้ลำดับที่ตรงกับสถานที่ซึ่งมีแนวโน้มว่าไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ ก็จะขยับไปพื้นที่ตัวเลขถัดไป

การศึกษาได้สุ่มตัวอย่าง EA เพื่อทดสอบแบบสอบถามจำนวน 1 EA โดยสุ่มตัวอย่างในลักษณะเจาะจงในเขตบางขุนเทียนที่มีชุมชนแรงงานต่างด้าวที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนดำเนินการอยู่ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการฝึกเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่ภาคสนาม

หลังจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 15 EA แล้ว ได้มีการปรึกษารื้อกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่ได้ในภาคสนามที่ได้มีการประมวลเบื้องต้น พบว่า EA ที่ทางทีมสุ่มสำรวจมีจำนวนทั้งสิ้น 5 EA ที่ทางสำนักงานสถิติแห่งชาติมีแต่ข้อมูลนับจด แต่ไม่มีข้อมูลแรงงาน นับนี้พบว่า ข้อมูลที่ควรนำมาเพื่อใช้ในการคำนวณเพื่อการคาดประมาณประชากรต่างด้าว คือข้อมูลแรงงาน ดังนั้น จึงได้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกจาก 5 EA การสุ่มเลือกครั้งที่สองนี้จึงตั้งอยู่บนเงื่อนไขเพิ่มเติมที่ว่าจะต้องเป็น EA ที่มีข้อมูลแรงงานด้วย

ดังนั้น พื้นที่ในการเก็บข้อมูลภาคสนามในการศึกษานี้ มีทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 21 EA โดยมีรายละเอียด ดังนี้

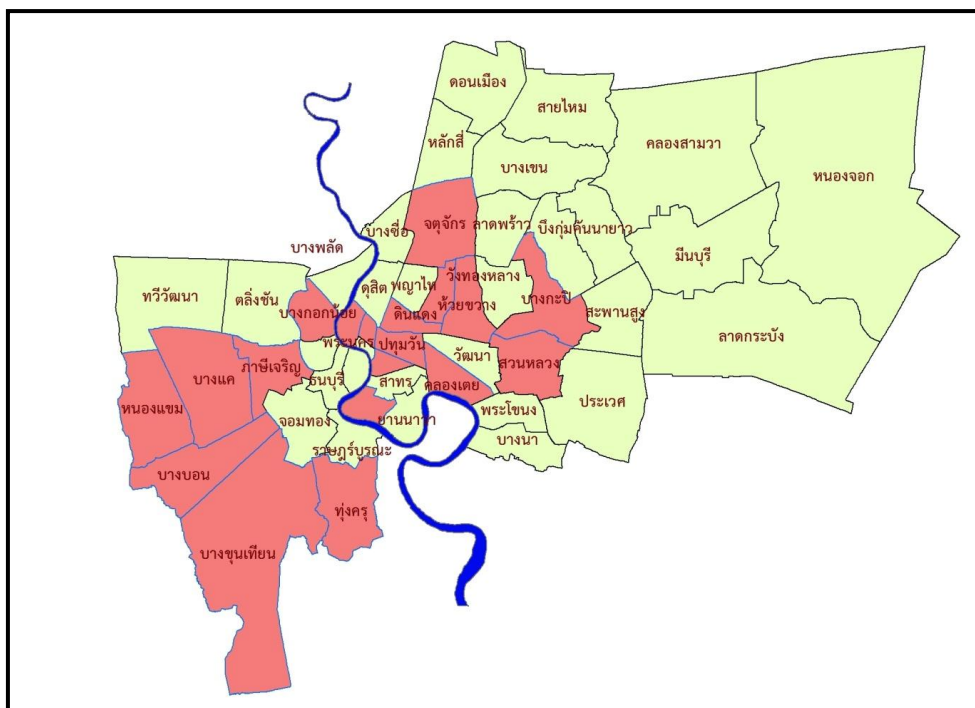
ตารางที่ 4 พื้นที่ในการเก็บข้อมูลภาคสนามแบ่งตามความหนาแน่น

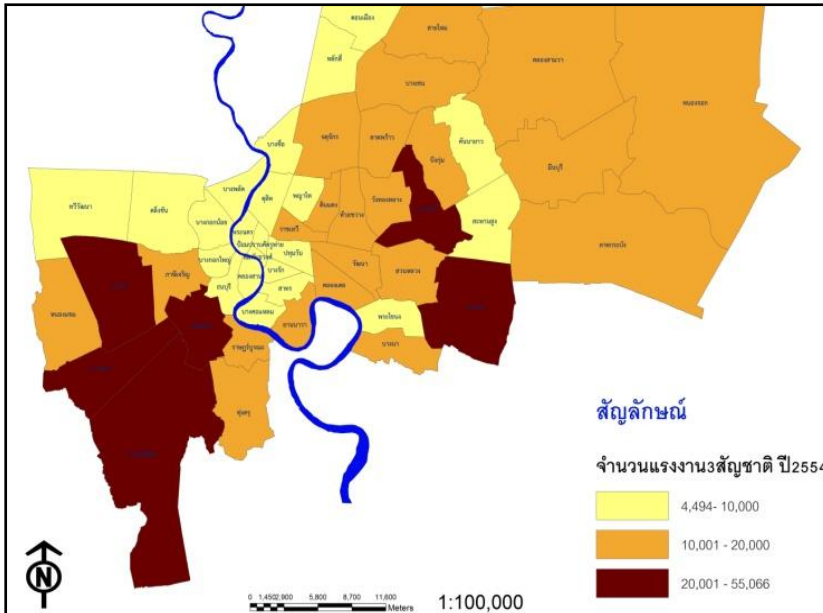
ความหนาแน่น	ลำดับ	ตั้งอยู่ที่เขต	เลขที่ EA
กลุ่ม ความหนาแน่นมาก	1	เขตคลองเตย	EA 131
	2	เขตหนองแขม	EA 177
	3	เขตทุ่งครุ	EA 178
	4	เขตบางบอน	EA 254
	5	เขตบางขุนเทียน	EA 258
กลุ่ม ความหนาแน่น ปานกลาง	6	เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย	EA 3
	7	เขตบางกอกน้อย	EA 13
	8	เขตภาษีเจริญ	EA 24
	9	เขตสวนหลวง	EA 29
	10	เขตห้วยขวาง	EA 50
กลุ่ม ความหนาแน่นน้อย	11	เขตบางคอแหลม	EA 12
	12	เขตบางรัก	EA 31
	13	เขตปทุมวัน	EA 42
	14	เขตทุ่งครุ	EA 48
	15	เขตดินแดง	EA 568
EA ที่สุ่มเพิ่มเติม	16	เขตจตุจักร	EA 21
	17	เขตราชเทวี	EA 58
	18	เขตบางแค	EA 86
	19	เขตบางกะปิ	EA 211
	20	เขตพระนคร	EA 24
EA ทดสอบ	21	เขตบางขุนเทียน	EA 74

ในด้านข้อมูลอนามัยแม่และเด็ก พบว่า ใน EA ที่สุ่มสำรวจมีจำนวนประชากรเด็กจำนวนไม่มากนัก คณะผู้
ศึกษาวิจัย จึงได้วางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในพื้นที่ชายขอบของ EA โดยเน้น EA ที่ไม่พบเด็กเนื่องจาก EA ที่สุ่มสำรวจนั้น
เป็นสถานที่ทำงาน และพบว่าที่พักของประชากรต่างด้าวที่นั่นมักอยู่ชายขอบ EA ที่ไม่ไกลนัก อย่างไรก็ตาม การเก็บข้อมูล
เพิ่มเติมดังกล่าวมิได้นำจำนวนประชากรมาคำนวณแต่อย่างใด โดยการคาดประมาณยังคงใช้ประชากรต่างด้าวที่มีอยู่จริงใน
EA นั้นๆ อย่างเคร่งครัด

การสำมะโนประชากรต่างด้าวในการศึกษานี้ เมื่อดูตำแหน่งที่ตั้งของ EA ที่สุ่มตัวอย่างเพื่อการสำรวจทั้ง 21 แห่งตามเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร พบว่า มีการกระจายตามเขตต่างๆ โดยตั้งอยู่ในพื้นที่ 19 เขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ได้ตั้งแผนภาพที่ 1 ทั้งนี้ พบว่า มีความสอดคล้องกับการกระจายตัวของฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวที่พบความหนาแน่นของแรงงานในด้านตะวันตกของกรุงเทพมหานคร ที่มีอาณาเขตติดกับจังหวัดสมุทรสาครและนครปฐมซึ่งมีประชากรต่างด้าวหนาแน่นเช่นเดียวกัน

แผนภาพที่ 2 ตำแหน่งที่ตั้งของ EA ที่สุ่มสำรวจตามเขตการปกครองของ กรุงเทพมหานคร





แผนภาพที่ 3 ความหนาแน่นของ แรงงานต่างด้าวแยกตามรายเขตใน กรุงเทพมหานคร

เมื่อนำแผนภาพตำแหน่งที่ตั้งของพื้นที่
สำรวจมาเปรียบเทียบกับความหนาแน่น
ของแรงงานต่างด้าวจากข้อมูลในปี พ.ศ.
2554 พบว่า Census Block ที่ได้ทำการ
สำรวจทั้ง 20 EA นั้น ได้ครอบคลุมพื้นที่ที่มี
แรงงานต่างด้าวในเขตหนาแน่นมาก
หนาแน่นปานกลาง และหนาแน่นน้อย

3.2 เครื่องมือและแนวทางในการศึกษาภาคสนาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ใช้แบบสอบถามสองภาษา (ไทย-พม่า) เพื่อให้ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามที่เป็นทั้งคนไทย และอาสาสมัครต่างด้าวซึ่งส่วนใหญ่ใช้ภาษาพม่าได้ ทำงานร่วมกันเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดการอบรมเพื่อทำความเข้าใจในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องของกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเรื่องการจัดระบบแรงงานต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ความเป็นอยู่และการทำงานในกรุงเทพมหานคร เอกสารประจำตัวประเภทต่างๆ ความรู้เบื้องต้นในเรื่องการคุมกำเนิด การฝากครรภ์ และตารางการรับวัคซีน สมุดบันทึกสุขภาพ รวมทั้งการทำความเข้าใจกับแบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจภาคสนาม

(ดูแผนการจัดอบรมในเอกสารแนบที่ 1)

ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม จึงใช้ผู้สัมภาษณ์ที่สื่อสารภาษาเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งส่วนใหญ่คือภาษาพม่า รองลงมาคือภาษามอญ และมีส่วนน้อยที่ใช้ ภาษากระเหรี่ยง ภาษาเขมร และภาษาไทยใหญ่ ข้อมูลจากภาคสนามสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

- 1) แบบสอบถาม ก: เก็บข้อมูลทุกคนที่อาศัยในครัวเรือน แบ่งเป็น
 - a. ส่วนที่หนึ่ง ข้อมูลบ้าน ประกอบไปด้วย ลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิก และจำนวนผู้อยู่อาศัยสัญชาติไทย และต่างชาติ จำนวนคนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในบ้าน
 - b. ส่วนที่สอง ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย สัญชาติ ภาษาที่ใช้ เพศ อายุ การศึกษา เอกสารประจำตัว อาชีพ รายได้ บ้านเกิด และ การย้ายถิ่นในช่วง 2 ปี

- 2) แบบสอบถาม ข: แบบสอบถามครอบครัว เก็บข้อมูลทุกครอบครัวที่มีสถานะการอาศัยอยู่เป็นคู่ แบ่งเป็น
- ส่วนที่สาม ข้อมูลการคุมกำเนิด ความเข้าใจต่อใบรับรองการเกิดและสูติบัตร
 - ส่วนที่สี่ ข้อมูลการเกิดมีชีพของลูก ประเทศที่เกิด สถานที่เกิด และการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน
 - ส่วนที่ห้า ข้อมูลวัคซีนโปลิโอ และการจัดการความเจ็บป่วย โดยสัมภาษณ์เฉพาะแม่ที่มีลูกอายุ 0-15 ปีที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ในประเทศไทย
- 3) แบบสอบถาม ค: แบบสอบถามลูก เก็บข้อมูลแม่ต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แบ่งเป็น
- ชุด A สัมภาษณ์แม่ต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-2 ปี อาศัยอยู่ในประเทศไทย ครอบคลุมเรื่องการฝากท้อง การดูแลหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัคซีน โภชนาการ และการดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วย
 - ชุด B สัมภาษณ์แม่ต่างด้าวที่มีลูกอายุ 3-5 ปี ครอบคลุมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ วัคซีน โภชนาการ และการดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วย

(ดูแบบสอบถามสองภาษาในเอกสารแนบที่ 2)

สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ให้ความร่วมมือต่อการศึกษาวิจัยนี้ด้วยการอนุเคราะห์แผนที่ของแต่ละ EA ที่ระบุถึงอาณาเขตและครัวเรือนในพื้นที่ของ EA นั้นๆ การลงเก็บข้อมูลทั้ง 21 EA เป็นการเก็บข้อมูลตามแบบสำมะโนประชากรและการเคหะแบบแรงนับ คือ เก็บรายละเอียดของประชากรทุกคนในทุกครัวเรือนที่พักอาศัยใน EA นั้น ซึ่งในทางปฏิบัติการเข้าเก็บข้อมูล 1 ครั้งไม่สามารถจะเก็บได้ทุกครัวเรือน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นประชากรต่างด้าว ซึ่งเป็นแรงงานที่มีลักษณะการทำงานเป็นกะ บางรายมีการทำงานล่วงเวลา ดังนั้น การเก็บข้อมูลจึงต้องมีทีมสำรวจล่วงหน้า เพื่อเข้าไปหาข้อมูลความเป็นอยู่ ช่วงการทำงาน และช่วงที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เมื่อมีความชัดเจน จึงส่งทีมเก็บข้อมูลไปเก็บข้อมูลตามเวลาที่ประชากรดังกล่าวอาศัยอยู่ที่บ้าน

ในการเก็บข้อมูล จะใช้ความพยายามในการเก็บข้อมูล 3 ครั้งต่อ 1 ครัวเรือน การศึกษาภาคสนามพบกรณีที่กลุ่มเป้าหมายไม่สะดวกหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล เช่น ประชากรต่างด้าวในเขตบางกะปิ ไม่กล้าให้ข้อมูลเนื่องจากความเกรงกลัวเพราะมีตำรวจลงพื้นที่ก่อนหน้านี้ หรือ ในพื้นที่ตลาดคลองเตยที่กลุ่มเป้าหมายต้องทำงานตลอดเวลา ไม่สามารถหยุดทำงานเพื่อมาให้ข้อมูลได้ นอกจากนี้ ยังพบกรณีที่เป็นครีวเรือนหรือบ้านที่มีสภาพไม่น่าที่จะเป็นที่ยู่ออาศัยได้ เช่น เป็นเพิงพัก และห้องแถวไม่มีบ้านเลขที่ การศึกษาพบบ้านที่เพิ่มเติมจากแผนที่ EA จากการสำมะโนประชากรและเคหะปี 2553 จึงได้มีบันทึกบ้านที่มีสภาพการอยู่อาศัย หรือมีการปลูกเพื่อยู่ออาศัยเพิ่มเติมลงในแผนที่ EA ด้วย เพื่อที่ทางสำนักงานสถิติแห่งชาติจะได้นำไปใช้ในการสำรวจครั้งต่อไป

3.3 ข้อมูลทั่วไปของประชากรต่างด้าวที่ศึกษา

จากการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ 21 EA ใน 17 เขตของกรุงเทพมหานคร สรุปได้ว่า มีจำนวนประชากรทั้งสิ้น 10,233 คน เป็นคนไทย 8,323 คน ต่างชาติ 1,910 คน (คิดเป็นครัวเรือนจำนวน 2,436 ครัวเรือน เป็นครัวเรือนคนไทย 1,790 ครัวเรือน และครัวเรือนต่างชาติ 654 ครัวเรือน)

การศึกษาพบว่า ประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติคือ พม่า ลาว และกัมพูชา มีความหนาแน่นใน EA ที่ลุ่มตัวอย่างในเขตบางขุนเทียน และเขตบางบอน มากที่สุด ซึ่งมีลักษณะการตั้งอยู่ของชุมชน เป็นชุมชนของประชากรต่างด้าวค่อนข้างชัดเจน รองลงมาเป็นพื้นที่ตลาด ในเขตคลองเตย เขตบางแค เขตพระนคร และพื้นที่โรงงาน ในเขตทุ่งครุ เขตภาษีเจริญ และเขตหนองแขม พื้นที่แคมป์ของแรงงานก่อสร้าง ในเขตจตุจักร เขตราชเทวี การศึกษาไม่พบประชากรสามสัญชาติใน EA ที่ลุ่มตัวอย่างในเขตห้วยขวาง เขตบางกอกน้อย และเขตปทุมวัน ซึ่งจากการสอบถามคนไทยและต่างด้าวที่พบในพื้นที่พบว่าบางส่วนทำงานในพื้นที่ EA ที่ลงเก็บข้อมูลแต่พักอาศัยอยู่นอกพื้นที่ EA ทำให้ไม่มีข้อมูลสำมะโนของประชากรต่างด้าวในพื้นที่ดังกล่าว

คนต่างชาติที่พบในพื้นที่ 21 EA เป็นคนต่างชาติในกลุ่ม 3 สัญชาติมากที่สุด คือ 1,847 คน คิดเป็น 96.70% โดยในกลุ่มนี้ เป็นคนพม่าจำนวนมากที่สุด คิดเป็น 81.57% ของคนต่างชาติทั้งหมด รองลงมา คือ กัมพูชา และลาว นอกจากนี้ ยังเป็นคนชาติอื่นๆ เช่น อินเดีย อัฟริกัน รวม 48 คน และชนกลุ่มน้อย 5 คน และมีคนต่างชาติที่ไม่ตอบว่าตัวเองเป็นคนชาติใดอีก 10 คน ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนประชากรต่างด้าวที่สำรวจได้ใน 21 EA

สัญชาติ	พม่า	กัมพูชา	ลาว	อื่นๆ	ชนกลุ่มน้อย	ไม่ตอบ	รวม
จำนวน	1,558	203	86	48	5	10	1910
ร้อยละ	81.57	10.63	4.50	2.51	0.26	0.52	100.00
รวม 3 สัญชาติ	1,847						
ร้อยละ	96.70						

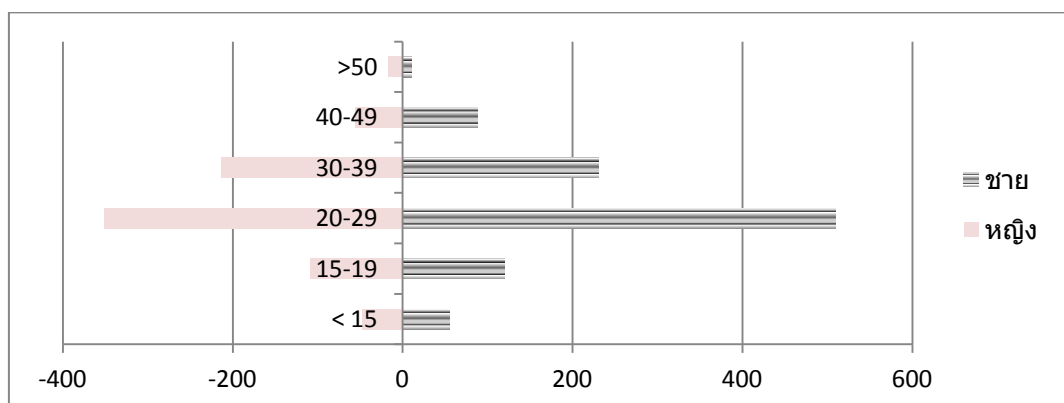
กลุ่มประชากรต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาในพื้นที่ศึกษานี้ มีสัดส่วนของผู้ชายมากกว่าผู้หญิงเล็กน้อย คือ ผู้ชาย 1,037 คน (56.15%) และผู้หญิง 798 คน (43.21%) ไม่มีข้อมูล 12 คน (0.65%) รวม 1,847 คน โดยมีการกระจายตามช่วงอายุในกลุ่มวัยแรงงาน คือ ระหว่าง 20-29 ปีมากที่สุด รองลงมาคือ 30-39 ปี โดยข้อมูลกลุ่มอายุ สามารถเก็บข้อมูลได้ 1,811 คน มีจำนวน 36 คนไม่ทราบ ไม่ตอบ และไม่มีข้อมูล ดังนี้

ตารางที่ 6 ประชากรต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา จำแนกตามช่วงอายุและเพศ

ช่วงอายุ N=1847 n=1811 ไม่ทราบ 21 ราย ไม่ตอบ 3 ราย ไม่มีข้อมูล 12 ราย	เพศ		รวม	ร้อยละ
	ชาย	หญิง		
< 15	56	48	104	5.7
15-19	120	109	229	12.6
20-29	510	351	861	47.5
30-39	231	213	444	24.5
40-49	89	56	145	8.0
>50	11	17	28	1.5

เมื่อนำช่วงอายุของประชากรต่างด้าวที่สำรวจ มาทำเป็นแผนภาพปิระมิด โดยแยกตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า ภาพปิระมิดประชากรต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ในพื้นที่สุ่มสำรวจ 21 EA ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรวัยทำงาน ดังต่อไปนี้

ผังภาพที่ 3 ปิระมิดประชากรต่างด้าว สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ในพื้นที่ศึกษา



การศึกษาพบว่า ประชากรต่างด้าวส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาแยกตามเพศ พบว่ามีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 7 ทั้งนี้พบว่า ร้อยละ 20 หรือประมาณหนึ่งในห้าของประชากรต่างด้าวนี้ไม่ได้เรียนหนังสือ แม้ว่าการสำรวจจะพบผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า แต่ก็เป็นส่วนที่น้อยมาก

ตารางที่ 7 ประชากรต่างด้าวแยกตามเพศ และระดับการศึกษา

ระดับการศึกษา N= 1847 ไม่ทราบ 98 ราย ไม่ตอบ 31 ราย ไม่ทราบข้อมูล 12 ราย (n=1706)	รวม (1,706)		ผู้ชาย (947)		ผู้หญิง (795)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประถม	593	34.7	303	32.0	290	38.2
มัธยมต้น	456	26.7	254	26.8	202	26.6
มัธยมปลาย	259	15.2	158	16.7	101	13.3
อาชีวะ	1	0.1	1	0.1	1	0.1
ปริญญาตรี	30	1.8	17	1.8	13	1.7
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.1	1	0.1	1	0.1
ไม่ได้เรียน	342	20.0	194	20.5	148	19.5
อื่นๆ	23	1.3	19	2.0	4	0.5

การวิจัยนี้ได้มีความพยายามศึกษาในด้านการถือครองบัตรต่างๆ โดยให้ประชากรต่างด้าวที่สัมภาษณ์นำบัตรมาแสดงให้ดูด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในเรื่องบัตรเป็นคำถามที่มีความละเอียดอ่อน เนื่องจากเป็นคำถามในช่วงแรกๆ ของแบบสอบถาม ซึ่งผู้ตอบอาจยังไม่คุ้นเคยและรู้สึกไว้วางใจ ทำให้พบว่าจำนวนหนึ่งที่ไม่ตอบคำถาม หรืออาจจะไม่ตอบความจริงได้ เพราะไม่ทราบเจตนาในการถาม ทั้งนี้พบว่า กลุ่มที่ศึกษามีการถือครองบัตรดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ประชากรต่างด้าว แยกตามการมีบัตรและไม่มีบัตร

มี/ไม่มีบัตร n= 1816 ไม่ทราบ ไม่ตอบ ไม่มีข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
มี	1,560	85.9
ไม่มี	256	14.1

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเรื่องบัตรพบประเด็นปัญหาต่างๆ มากมาย เนื่องจากการศึกษานี้ได้ตัดสินใจนำสัดส่วนของผู้มีบัตรแรงงานจากการศึกษา และฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวของกระทรวงแรงงาน มาใช้ในการคาดประมาณประชากร แต่ปัญหาที่พบเป็นหลักคือ ประชากรต่างด้าวส่วนใหญ่มีบัตรมากกว่า 1 ประเภท โดยจากการศึกษา พบว่าประชากรต่างด้าวถึงร้อยละ 70.7 ถือบัตรมากกว่า 1 ใบ ทำให้ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีการตีความการถือครองประเภทบัตรต่างๆ เพื่อนำมาใช้เทียบสัดส่วนกับจำนวนผู้จดทะเบียนแรงงานในช่วงเวลาเดียวกับการศึกษา กล่าวคือ

แรงงานที่ผ่อนผันจดทะเบียนรายปี ตามมาตรา 13 จะถือบัตรอนุญาตทำงานประเภทรายปี แต่เนื่องจากปัญหาการได้รับบัตรในรอบปีจดทะเบียน พ.ศ. 2554 ที่สำนักจัดหางานไม่สามารถจัดทำบัตรให้กับแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนได้ โดยแรงงานจะได้รับบัตรชั่วคราวซึ่งเป็นเอกสารที่ไม่มีรูปเจ้าของบัตร นอกจากนี้ ยังพบแรงงานจำนวนมากที่ไม่มีบัตรก็ถูกนายจ้างยึดบัตรไป ทำให้ไม่สามารถแสดงบัตรได้ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบการมีบัตรประเภทนี้น้อย คือเพียงร้อยละ 39.6 เท่านั้น ทั้งๆ ที่แรงงานส่วนใหญ่จดทะเบียนประเภทนี้ ดังนั้นจึงใช้เอกสาร ทร.38/1 แทนและถือว่ากลุ่มที่มีเอกสารนี้คือกลุ่มที่มีบัตรแรงงานต่างด้าวผ่อนผันรายปี เนื่องจากแรงงานประเภทนี้ต้องผ่านการทำบัตร ทร.38/1 ก่อนจึงจะสามารถขึ้นทะเบียนแรงงานได้ อีกทั้ง รอบการจดทะเบียนตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา ครอบครัวและผู้ติดตามของแรงงาน ไม่สามารถทำเอกสาร ทร. 38/1 ได้ และแม้ว่าจะมีการอนุญาตให้ทำเอกสารนี้ให้กับบุตรของแรงงานต่างด้าวที่อายุต่ำกว่า 15 ปีในปี 2552 แต่กลุ่มนี้จะถูกตัดออกจากการคำนวณไป

แรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติตามมาตรา 9 จะมีเอกสารคือหนังสือเดินทางชั่วคราว และใบอนุญาตทำงานตามมาตรา 9 หลายกรณีพบว่า แรงงานได้ไปพิสูจน์สัญชาติแล้วแต่ยังไม่มาขึ้นทะเบียนแรงงานใหม่ทำให้ไม่มีบัตรแรงงานตามมาตรา 9 แม้ว่าจะยังไม่ได้รับบัตรทำงาน ถือว่ากลุ่มที่มีหนังสือเดินทางชั่วคราวนั้น เป็นกลุ่มที่มีบัตรแรงงานต่างด้าวในระบบ ซึ่งการตีความนี้สอดคล้องกับการจัดเก็บฐานข้อมูลแรงงานของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กล่าวคือ กรณีแรงงานต่างด้าวที่พิสูจน์สัญชาติแล้วได้หนังสือเดินทาง แต่ยังมีได้ทำบัตรแรงงาน ก็จะมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลแรงงานในระบบการจดทะเบียนรายปี

แรงงานที่นำเข้ามาจากประเทศต้นทางตามมาตรา 9 จะมีเอกสารประจำตนคือหนังสือเดินทางและเอกสารสัญญาแบบประกอบกับหนังสือเดินทาง ซึ่งพบว่าเอกสารสัญญาประกอบหนังสือเดินทางนั้นมักอยู่กับนายจ้าง จึงมีเพียงหนังสือเดินทางเท่านั้นที่เก็บไว้ที่แรงงานต่างด้าว ทั้งนี้ หนังสือเดินทางของแรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและแรงงานที่นำเข้ามาจากประเทศต้นทางนั้นมีลักษณะเหมือนกัน ดังนั้น จึงไม่อาจแยกแยะแรงงานกลุ่มนี้จากแรงงานที่ผ่านมาพิสูจน์สัญชาติได้ อย่างไรก็ตาม ก็ถือว่าแรงงานเหล่านี้เป็นแรงงานต่างด้าวในระบบฐานข้อมูล

ผู้ถือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย เป็นบัตรที่ออกโดยกระทรวงมหาดไทยสำหรับผู้ที่ยื่นขอวีซ่าที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราว และคนต่างด้าวที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย รวมทั้งบุตรของบุคคลเหล่านี้ซึ่งเกิดในประเทศไทย และลูกของแรงงานต่างด้าวที่ถือพาสปอร์ตที่เข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย ผู้ที่ถือบัตรประเภทนี้ รวมถึงผู้อาศัยอยู่ในชุมชนบนพื้นที่สูงด้วย การศึกษาพบผู้มีบัตรประจำตัวนี้ร้อยละ 2.0 และจำนวนหนึ่งพบว่าไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานต่างด้าวประเภทใดประเภทหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ถือบัตรนี้จะถูกตัดออกไปจากสัดส่วนของผู้ถือบัตรแรงงานต่างด้าว

ผู้ถือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน เป็นบัตรที่ออกตามระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการสำรวจและจัดทำทะเบียน สำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน พ.ศ.2548 การสำรวจนี้พบผู้ที่ถือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนร้อยละ 0.7 ซึ่งกลุ่มนี้จะถูกตัดออกไปจากสัดส่วนของผู้ถือบัตรแรงงานต่างด้าว

ผู้มีเอกสารทร. 1/1 เป็นเอกสารรับรองการเกิด สำหรับเด็กต่างด้าวที่เกิดในสถานพยาบาลในประเทศไทย เมื่อมีการคาดประมาณประชากรต่างด้าว กลุ่มนี้จะถูกตัดออกไปจากการคำนวณ

ผู้มีสูติบัตร เป็นเอกสารที่เด็กต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป ได้รับจากสำนักงานเขตเพื่อที่จะมีชื่อในทะเบียนราษฎร และได้บัตรที่มีเลข 13 หลักเช่นเดียวกับกลุ่มที่มี ทร. 1/1 เมื่อมีการคาดประมาณประชากรต่างด้าว กลุ่มนี้จะถูกตัดออกไปจากการคำนวณ

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของสัดส่วนในเรื่องบัตร จึงได้พิจารณาข้อมูลเรื่องบัตรในราย EA และ เลือกข้อมูลผู้มีบัตรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในประเทศไทยมาคิดสัดส่วนผู้มีบัตรทำงานเท่านั้น โดยตัดกลุ่มอายุที่มีบัตรแต่ไม่มีสิทธิรับใบอนุญาตทำงาน (0-15 ปี) ออกไป จากข้อมูลทั้ง 21 EA ที่ทำการศึกษา ดังมีรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 9 สัดส่วนเป็นร้อยละ ของผู้มีบัตรประจำตัวแรงงานแยกตาม EA

EA เลขที่	สัดส่วนผู้มีบัตรประจำตัว
3	64.29%
12	100.00%
21	100.00%
24	94.12%
29	94.74%
42	100.00%
48	75.86%
50	100.00%
74	87.08%
86	98.70%
131	82.80%
177	95.80%
178	74.85%
211	83.91%
254	72.00%
258	91.69%
568	80.00%
924	70.59%
ค่าเฉลี่ย	88.18%

จากตารางข้างต้น พบว่าประชากรต่างด้าว สัญชาติ 3 ส่วนใหญ่มีบัตรประจำตัว โดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 88.18 โดย EA ที่มีประชากรต่างด้าวที่มีบัตรมากที่สุดร้อยละ 100 และน้อยที่สุดร้อยละ 64.29 ทั้งนี้ ได้ตัด EA จำนวน 2 พื้นที่ที่ไม่พบประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติออกไป และ ตัด EA ที่ 58 ออกจากการคำนวณ เนื่องจากมีสัดส่วนการมีบัตรในจำนวนน้อยมากแตกต่างจากกลุ่มใหญ่ คือมีเพียง 5 คน ขณะที่จำนวนไม่มีบัตรสูงถึง 46 คน และไม่ตอบ 2 คน ซึ่งค่าเฉลี่ยจากข้อค้นพบจากการศึกษานี้ จะได้นำมาใช้ในการคาดประมาณประชากรต่างด้าวโดยเทียบกับฐานข้อมูลแรงงานต่อไป

การเข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยนั้น เป็นไปเพื่อการทำงาน ดังนั้น จึงพบว่า ประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติที่ศึกษา ส่วนใหญ่คือกลุ่มที่มีงานทำ และหากตัดกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีที่ไม่เข้าข่ายการทำงานได้ตามกฎหมาย พบว่าการมีงานทำนั้นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ประชากรต่างด้าวแยกตามสถานะการทำงาน

N=1847 ไม่ทราบ 9 ไม่ตอบ 7 ไม่มีข้อมูล 12 n=1,819	รวมทั้งหมด (n=1819)		เฉพาะกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงาน (n=1728) อายุ 0-15 ปี = 91 คน	
	มีงานทำ	ไม่มีงานทำ	มีงานทำ	ไม่มีงานทำ
จำนวน	1,622	106	1,622	106
ร้อยละ	88.6	5.8	93.9	6.1

สำหรับประเภทงานที่ทำ พบว่า แรงงานต่างด้าว ทำงานเป็นกรรมกรโรงงานมากที่สุด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ทั้งชายและหญิง สำหรับแรงงานชาย ประเภทงานที่ทำรองลงมา คือ กรรมกรก่อสร้าง และขายของหน้าร้าน ส่วนแรงงานหญิง ประเภทงานที่ทำรองลงมาคือ ขายของหน้าร้าน และอาชีพกรรมกรก่อสร้างและคนรับใช้ในบ้านในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับอาชีพอื่นๆ ที่พบแต่ในสัดส่วนที่น้อย ได้แก่ พนักงานเสิร์ฟอาหาร ธุรกิจต่อเนื่องประมง กรรมกรรับจ้างเซ็นหรือขนของ เป็นต้น

ประชากรต่างด้าวที่ศึกษาส่วนใหญ่มีงานทำ เมื่อคิดจากผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและมีงานทำ พบว่าจำนวนมากกว่าครึ่ง มีรายได้อยู่ระหว่าง 7,000 – 9,000 บาท ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนประชากรต่างด้าวแยกตามรายได้ต่อเดือน

N=1,622 ไม่ทราบ/ไม่ตอบ/ไม่มีข้อมูล=16 n=1,606	รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)			
	ต่ำกว่า 5,000	5,000-7,000	7,000-9,000	มากกว่า 10,000
จำนวน	69	338	1055	144
ร้อยละ	4.3	21.0	65.7	9.0

จากตารางแสดงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนชี้ให้เห็นว่าแรงงานต่างด้าวมีเงินเดือน 7,000 บาทขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 74.7 ซึ่งในจำนวนนี้ได้รวมถึงรายได้ที่รวมค่าล่วงเวลาแล้ว หากคิดรายได้เหล่านี้เป็นวัน ที่มีวันทำงาน 26 วันต่อเดือน (หยุดวันอาทิตย์) หมายความว่า แรงงานต่างด้าวถึงหนึ่งในสาม มีรายได้สุทธิเกินกว่ารายได้ขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน ที่ประเทศไทยกำลังผลักดันให้เป็นไปทั่วประเทศอยู่ในขณะนี้

ข้อค้นพบในด้านสิทธิในระบบประกันสุขภาพ มีประชากรต่างด้าวที่ตอบคำถามในเรื่องประกันสุขภาพทั้งสิ้น 1,820 คน (จาก 1,847 คน ไม่ตอบและไม่ทราบรวม 27 คน) พบว่า มีผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ 1,259 คน หรือคิดเป็นร้อยละเพียง 69.2 เท่านั้น ซึ่งหมายความว่า มีประชากรต่างด้าวประมาณเกือบหนึ่งในสาม ที่ไม่มีสิทธิสุขภาพใดๆ เลย การให้ประกันสุขภาพในกลุ่มประชากรต่างด้าวนั้น ยังคงมีช่องว่างที่ต้องการพัฒนาให้เกิดความครอบคลุมต่อไป สำหรับผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 12 ประชากรต่างด้าวแยกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ

ประเภทสิทธิ (n=1259)	จำนวน	ร้อยละ
ประกันสุขภาพรายปี	1197	95.1
ประกันสังคม	39	3.1
ประกันภัยในระบบสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง)	8	0.6
มีประกันสุขภาพรายปีและประกันสังคม	15	1.2

จากตารางข้างต้น พบว่า ประชากรต่างด้าวมีบัตรประกันสุขภาพรายปีสูงที่สุดถึงร้อยละ 95.1 รองลงมาคือประกันสังคมในสัดส่วนที่น้อยมาก โดยการมีสิทธิประกันสุขภาพมีข้อน่าสังเกตดังต่อไปนี้

- มีผู้ถือบัตรประกันสุขภาพรายปี และประกันสังคมในคนเดียว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและได้รับบัตรอนุญาตทำงานตามบันทึกข้อตกลงระหว่างประเทศซึ่งทำให้เข้าสู่ระบบประกันสังคม ขณะที่ประกันสุขภาพรายปีที่ได้ทำไว้อาจยังไม่หมดอายุ
- มีกลุ่มประชากรต่างด้าวจำนวนหนึ่งแต่น้อยมาก มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ซึ่งข้อเท็จจริงแล้วไม่น่าจะเป็นไปได้ จากการดูข้อมูลรายบุคคลในรายละเอียด พบว่ากลุ่มที่ถือบัตรทอง เป็นกลุ่มดังต่อไปนี้
 - 2 คน เป็นเด็กต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยและได้รับสูติบัตร อาจเนื่องมาจากเด็กต่างด้าวนี้อายุ 13 หลัก ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำเด็กกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นข้อค้นพบในการศึกษาเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การให้บัตรทองกับเด็กต่างด้าวนี้นี้ในปัจจุบัน ยังไม่มีความชัดเจนในระดับนโยบาย

- 2 คน เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีหนังสือเดินทาง
- 2 คน เป็นผู้ถือบัตรผู้ไม่มีสัญชาติไทย
- 1 คน เป็นผู้ที่พบว่าถือบัตรแรงงานทุกประเภท หนังสือเดินทางและ ทร.38/1
- 1 คน ไม่มีเอกสารประจำตัวใดๆ เลย

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในด้านการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างด้าวกลุ่มนี้ พบพลวัตของการเคลื่อนย้ายในกรอบระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยมีประชากรต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นี้น้อยกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ 1-2 ปี ร้อยละ 18.7 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ประชากรต่างด้าวแยกตามระยะเวลาที่อาศัยในที่อยู่ปัจจุบัน

ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ปัจจุบัน (n=1803) ไม่ทราบ 15 ไม่ตอบ 17 ไม่มีข้อมูล 12	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำกว่า 1 ปี	711	39.4
1-2 ปี	337	18.7
2-3 ปี	239	13.3
3-4 ปี	145	8.0
4-5 ปี	113	6.3
5-10 ปี	206	11.4

จากข้อมูลในตารางข้างต้น หากพิจารณาถึงสถานที่อยู่ก่อนที่จะย้ายมาที่กรุงเทพมหานคร มีข้อค้นพบที่น่าสนใจคือ ประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานครที่ทำการศึกษานั้น เกือบร้อยละ 70 เป็นการเข้ามาอาศัยอยู่ที่นี้เป็นการอพยพโดยตรงจากประเทศต้นทาง มากกว่าการอพยพมาจากภายในประเทศไทยทั้งจากเขตอื่นๆ ของกรุงเทพมหานคร และจากจังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย ดังแสดงในตารางที่ 14

ตารางที่ 14 สถานที่อาศัยอยู่สุดท้ายก่อนที่จะเข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนปัจจุบัน

สถานที่สุดท้ายอยู่ก่อน ไม่ทราบ=11 ไม่มีข้อมูล=42 (n=1750)	จำนวน	ร้อยละ	รายละเอียด
กรุงเทพมหานคร	235	13.4 %	อันดับ 1 เขตบางขุนเทียน (37) อันดับ 2 เขตบางกะปิ (24) อันดับ 3 เขตบางแค (23) อันดับ 4 เขตบางบอน (20) อันดับ 5 เขตลาดพร้าว (14)
จังหวัดอื่นๆ ในประเทศไทย	302	17.3%	อันดับ 1 จังหวัดสมุทรสาคร (51) อันดับ 2 จังหวัดเชียงใหม่ (32) อันดับ 3 จังหวัดตาก (24) อันดับ 4 จังหวัดสมุทรปราการ (21) อันดับ 5 จังหวัดชลบุรี และจังหวัดนครปฐม (จังหวัดละ 18)
ประเทศต้นทาง	1213	69.3%	พม่า (975) กัมพูชา (180) ลาว (58)

จากข้อมูลดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่า แม้ว่าการอพยพแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านต่างๆ มายังประเทศไทย มักจะมีแบบแผนเริ่มจากจังหวัดชายแดนต่างๆ ก่อนที่จะเข้าสู่จังหวัดชั้นในที่มีค่าแรงที่ดีกว่าในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่สำหรับประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานครนั้น กลับพบแบบแผนนี้ไม่มากนัก ข้อค้นพบนี้ ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบชุมชนต่างด้าวที่อพยพมาจากหมู่บ้านเดียวกัน แสดงให้เห็นชัดว่า ประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร มีเครือข่ายในระดับชุมชนที่ค่อนข้างเข้มแข็งที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานานพอสมควร โดยจำนวนหนึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่เดิมเป็นเวลานาน 5-10 ปี ความเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารต่างๆ และการสื่อสารที่ทันสมัย ทำให้เมื่อมีข่าวสารการจดทะเบียนแรงงาน หรือมีความต้องการแรงงานในพื้นที่ ก็สามารถสื่อสารให้ญาติพี่น้อง และเพื่อนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันในประเทศต้นทางเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทยได้

การเปรียบเทียบกับกรอบเวลาการอยู่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าการอาศัยอยู่ในพื้นที่ 0-1 ปี (ร้อยละ 39.4) และ 1-2 ปี (ร้อยละ 18.7) มีรวมกันถึงร้อยละ 58.1 ข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อคำถามในเรื่องการเข้ามาอยู่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรต่างด้าวที่ศึกษานี้ ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่นี้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50.6 อาศัยอยู่ และอีกร้อยละ 49.4 อพยพเข้ามาใหม่) จึงอาจกล่าวในเบื้องต้นได้จากการศึกษานี้ว่า ในช่วงสองปี จะมีประชากรต่างด้าวเคลื่อนย้ายประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด

ได้มีการศึกษาการเดินทางกลับบ้านเกิดประเทศต้นทาง เมื่อเดินทางมาทำงานในประเทศไทยแล้ว พบว่า ในภาพรวมรอบสองปีที่ผ่านมา มีจำนวนถึงร้อยละ 74.8 ที่ไม่ได้เดินทางกลับประเทศต้นทางเลยในช่วงสองปีที่ผ่านมา ร้อยละ 19.7 เดินทางกลับหนึ่งครั้ง และในสัดส่วนที่น้อยมากลงตามลำดับ มีการเดินทางกลับสอง สาม และมากกว่าสี่ครั้ง

ตารางที่ 15 ประชากรต่างด้าวแยกตามจำนวนครั้งที่กลับประเทศต้นทาง และสัญชาติ

จำนวนครั้งของการเดินทางกลับ N=1847 ไม่ทราบ 10 ไม่ตอบ 14 ไม่มี ข้อมูล 12	จำนวน (n=1811)	ร้อยละ	ร้อยละของการเดินทางกลับตามสัญชาติ		
			พม่า	กัมพูชา	ลาว
ไม่ได้กลับ	1355	74.8	75.8	63.8	58.0
1 ครั้ง	356	19.7	18.4	31.2	28.4
2 ครั้ง	73	4.0	4.4	2.0	11.4
3 ครั้ง	20	1.1	1.0	0.5	2.3
4 ครั้ง	0	0.0	0.0	0.0	0.0
มากกว่า 4 ครั้ง	7	0.4	0.3	2.0	0.0

อย่างไรก็ตาม เมื่อวิเคราะห์แยกตามสัญชาติดังตารางข้างต้น พบว่า ประชากรต่างด้าวชาวพม่ามีสัดส่วนไม่ได้เดินทางกลับบ้านเกิดที่ประเทศต้นทางมากในช่วงสองปีที่ผ่านมามากที่สุด รองลงมาคือ ประชากรต่างด้าวชาวกัมพูชา และลาว จากตารางข้างต้นจะเห็นว่า ประชากรต่างด้าวจากกัมพูชาและลาว มีการเดินทางกลับบ้านในรอบสองปีโดยเฉลี่ยสูงกว่าประชากรต่างด้าวจากประเทศพม่า

หากพิจารณาเปรียบเทียบพลวัตของการเคลื่อนย้ายแรงงานในกรุงเทพมหานครตามข้อค้นพบจากรายงานนี้ กับการศึกษาในลักษณะเดียวกันของโครงการฟามิตร¹⁸ ที่ศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของแรงงานต่างด้าวใน 11 จังหวัดสำคัญของประเทศไทย รวมทั้งกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในพื้นที่กรุงเทพฯฝั่งตะวันออก 2 เขต ซึ่งมีข้อค้นพบว่า แรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นมาประมาณเกือบ 2 ปี ก่อนเข้ามาในกรุงเทพฯ การย้ายเข้ามาในกรุงเทพมหานครจึงไม่ใช่การย้ายตรงจากประเทศต้นทาง แต่เป็นการย้ายต่อเนื่องมาอีกที ในขณะที่การศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งเก็บข้อมูลในพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างกระจายทั่วทั้งกรุงเทพมหานครครอบคลุม 19 เขต กลับพบว่า ประชากรต่างด้าวนั้นจำนวนเกือบร้อยละ 70 อพยพตรงมาจากประเทศต้นทาง อันเนื่องมาจากเครือข่ายทางสังคมที่ค่อนข้างเข้มแข็งของชุมชนชนต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร เพื่อเข้ามาทำงานที่นี่ ซึ่งข้อค้นพบนี้ ทั้งแรงงานต่างด้าวจากพม่า ลาว และกัมพูชา ก็มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

¹⁸ อภิชาติ จำรัสฤทธิ์รักษ์, จรัมพร ให้อย่าง และ กัญญา อภิรัชย์สกุล, 2553

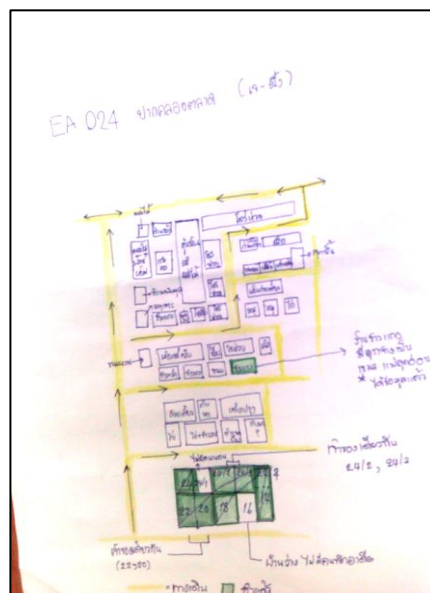
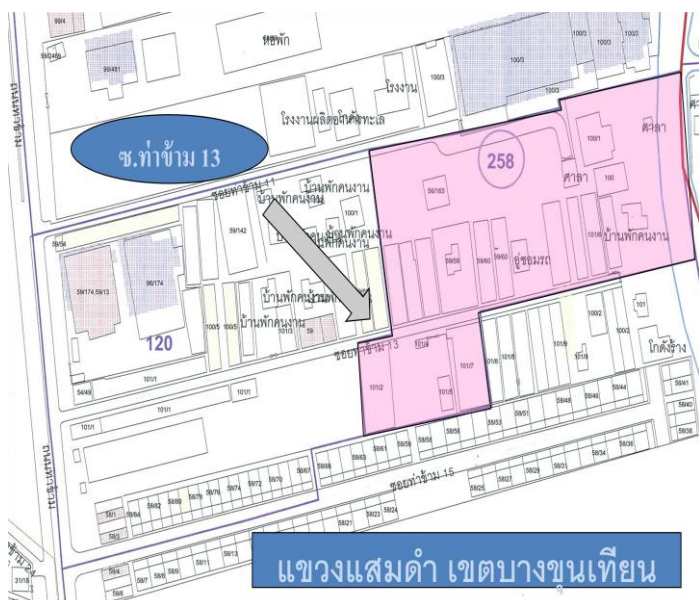
บทที่สี่

บทเรียนการเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งทางด้านอาชีพ ชนชั้น สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนา และเชื้อชาติ การทำงานในพื้นที่เมืองหลวงของประเทศไทย จึงไม่ใช่เรื่องง่ายและเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับทีมนักวิจัยที่ประกอบด้วยพนักงานสนามคนไทยและพนักงานสนามพม่า ในการลงไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ดังกล่าว รวมทั้งการเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ (กัมพูชา ลาวและพม่า) ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่จะทำได้อย่างสะดวก เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องภาษา ปัญหาความไม่ไว้วางใจกัน ความรู้สึกกลัวของกลุ่มประชากรต่างด้าวต่อพวกเรา เนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และอำนาจของรัฐที่เข้ามาควบคุมและจัดการพวกเขาตลอดเวลา รวมทั้งช่วงเวลาของการทำงานที่มีอยู่ตลอดเวลา ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญในการเก็บข้อมูลและเข้าถึงแหล่งข้อมูล

การดำเนินงานภาคสนามของการทำสำมะโนประชากรต่างด้าว จึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 วิธีควบคู่กันไป คือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเมื่อคณะนักวิจัยลงเก็บข้อมูลในแต่ละ EA จะเริ่มจากการเก็บข้อมูลชุมชนของแต่ละ EA ก่อน โดยการทำแผนที่เดินดินสำรวจสิ่งปลูกสร้าง โรงงาน ตลาด ที่พักอาศัยและลักษณะของผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ การทำงานในลักษณะดังกล่าวคือ กระบวนการของการได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อมองภาพรวมของพื้นที่ และเห็นความสัมพันธ์ของผู้ถูกเก็บข้อมูลกับพื้นที่ นอกจากนั้นนักวิจัยยังเก็บข้อมูลกับบุคคลในพื้นที่หรือผู้นำชุมชน เพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นที่นำไปสู่ความชัดเจนในการลงไปเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่ด้วย

ผังภาพที่ 4 ตัวอย่างแผนที่ EA และ แผนที่เดินดิน



หลังจากการทำแผนที่เดินดินในพื้นที่แต่ละ EA แล้ว พนักงานสนามจะเริ่มการทำสำมะโนครัวเรือนนั้น โดยใช้แบบ
 แจกนับบุคคลในครัวเรือน เพื่อถามถึงจำนวนคนในแต่ละครัวเรือนว่ามีคนต่างชาติหรือไม่ หากครัวเรือนใดพบว่ามีคน
 ต่างชาติจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว ก็จะใช้แบบสอบถามเพื่อถามข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ
 และอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งทั้งหมดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ การเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นแบบสอบถามสำหรับแรงงานข้ามชาติ
 จาก 3 ประเทศนั้น ได้ใช้บุคคลที่เป็นเจ้าของภาษาร่วมสนทนากับผู้ตอบ เพื่อให้การพูดคุยและการเก็บข้อมูลสามารถทำได้
 อย่างเที่ยงตรงมากยิ่งขึ้น ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบของการทำงานเชิงคุณภาพที่สำคัญควบคู่ไปกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้
 การเก็บข้อมูลภาคสนามทั้ง 15 EAs มีกำหนดการดำเนินงานดังต่อไปนี้

23-25 มีนาคม 2555	จัดอบรมพนักงานสนามทั้งคนไทยและคนต่างด้าว
6-8 เมษายน 2555	เก็บข้อมูลในพื้นที่นำร่อง ฝึกฝนการใช้แบบสอบถาม และประชุม สรุปบทเรียนจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม
19 เมษายน-27 พฤษภาคม 2555	จัดเก็บข้อมูลภาคสนาม 15 EAs
24 พฤษภาคม 2555	ประชุมปรึกษาหารือความก้าวหน้ากับสำนักงานสถิติแห่งชาติ
6 – 12 มิถุนายน 2555	จัดเก็บข้อมูลภาคสนาม (เพิ่มเติม) 5 EAs
30 มิถุนายน 2555	สรุปบทเรียนการเก็บข้อมูลภาคสนาม

จากการดำเนินงานดังกล่าว จะเห็นว่า ทีมภาคสนามใช้เวลาในพื้นที่รวมประมาณ 6 สัปดาห์ ในการเก็บข้อมูลทั้ง
 15 EAs การดำเนินงานดังกล่าว ได้เกิดบทเรียนในการสำมะโนประชากรต่างด้าวในเขตเมือง จากการดำเนินงานในเขต
 กรุงเทพมหานคร ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 จุดเริ่มต้น: ระดมสมอง ทดลองพื้นที่

ในรายละเอียดของการทำสำมะโนประชากรต่างด้าวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร คณะนักวิจัยได้แบ่งขั้นตอนและ
 กระบวนการทำงานออกเป็น 5 กระบวนการด้วยกัน คือ 1. เตรียมคนและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2. การทดลองทำในพื้นที่
 ทดสอบเพื่อตรวจสอบความผิดพลาดของทีม และค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในการลงภาคสนาม 3. การสำรวจพื้นที่
 จริง เพื่อดูภาพรวมของพื้นที่ ผู้คน และช่วงเวลาที่เหมาะสมของการลงเก็บข้อมูล 4. การลงเก็บข้อมูล และ 5. สรุปงาน

ขั้นตอนแรก “เตรียมคน”: นับเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากพนักงานสนามจะต้องมีความเข้าใจในวัฒนธรรมที่
 แตกต่างของผู้ถูกเก็บข้อมูล การใช้บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จึงอาจจะเป็นตัวช่วยที่จะทำให้
 การลงเก็บข้อมูลนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบกับการทำสำมะโนประชากรในครั้งนี้ต้องเก็บข้อมูลกับคนต่างภาษา
 ต่างวัฒนธรรม การใช้ทีมพนักงานสนามที่มีเจ้าของภาษาเข้าไปช่วยจึงจำเป็น ดังนั้นสมมติฐานเบื้องต้นในการเตรียมทีม คือ

ใช้บุคลากรที่มีความชำนาญในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และบุคลากรที่มีความชำนาญและความเข้าใจในเรื่องของการสื่อสารทางภาษาและวัฒนธรรม โดยในการศึกษานี้ ทีมพนักงานสนามคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีจากภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 10 คน และพนักงานสนามพม่าที่เป็นเครือข่ายการทำงานกับองค์กรแพธ จำนวน 10 คน

หลังจากการคัดเลือกทีมเพื่อลงทำงาน ขั้นตอนต่อไปที่ดำเนินการก็คือ การอบรมเชิงปฏิบัติการ ถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากกระบวนการดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเตรียมความพร้อมของทีมก่อนลงสนาม ซึ่งการอบรมดังกล่าวใช้เวลา 2 วัน ในวันแรกเริ่มจากให้พนักงานสนามไทยและพนักงานสนามพม่าได้ทำความรู้จักคุ้นเคยกัน เนื่องจากในการปฏิบัติงานจะใช้วิธีการทำงานแบบจับคู่ 1 ไทย 1 พม่า กระบวนการสร้างความสัมพันธ์จึงถือว่าเป็นหัวใจประการหนึ่งที่จะทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น

หลังจากขั้นตอนสร้างความคุ้นเคย ลำดับต่อไปคือการสร้างการเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในวัฒนธรรมของกลุ่มคนต่างด้าวทั้ง 3 สัญชาติ โดยใช้วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้ความรู้ใน 3 ประเด็นด้วยกัน คือ 1. วิธีการลงเก็บข้อมูลในรูปแบบของการทำสำมะโนประชากร 2. ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในด้านต่าง ๆ ทั้งเรื่องบัตรประจำตัว สุขภาพทางเพศ สุขภาพอนามัยของทั้งแม่และเด็ก และ 3. วิธีการเก็บข้อมูลและการลงพื้นที่ภาคสนาม

ในประเด็นแรกนั้นทางทีมต้องทำความเข้าใจเบื้องต้นถึงวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเฉพาะวิธีการทำสำมะโนประชากร เนื่องจากทางบุคลากรจำนวนหนึ่งถนัดเพียงวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจึงต้องเพิ่มเนื้อหาและวิธีการในเชิงปริมาณให้กับทีมเก็บข้อมูล เพื่อให้การกรอกแบบสอบถามถูกต้องสมบูรณ์และครบถ้วน

ส่วนประเด็นที่ 2 ถือเป็นความรู้สำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการทำงานครั้งนี้ เนื่องจากความเฉพาะของข้อมูลในแบบสอบถามที่ต้องการเก็บประเด็นของประชากรต่างด้าว ทั้งเรื่องการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน สิทธิเรื่องการดำรงอยู่ในประเทศไทย สุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของครอบครัวโดยเน้นไปที่แม่และเด็ก

ประเด็นสุดท้ายเป็นเรื่องของการเพิ่มเติมวิธีการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการเก็บข้อมูลในโครงการนี้ถึงแม้จะเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก แต่วิธีการที่ใช้สำหรับการลงเก็บข้อมูลก็ดึงเอาลักษณะวิธีการเชิงคุณภาพมาใช้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการลงเก็บข้อมูลจะพบกับพื้นที่การทำงานที่หลากหลาย และพบกับผู้ให้ข้อมูลที่อาจจะมีความอ่อนไหวในการแสดงตัว และให้ความร่วมมือที่จะตอบแบบสอบถาม ดังนั้นการนำวิธีการเชิงคุณภาพเข้ามาปรับใช้ ทั้งการลงไปสำรวจและพูดคุยกับคนที่เป็นเจ้าของพื้นที่ รวมถึงบุคคลที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ และเห็นการเคลื่อนไหวของผู้คน ชุมชน และสังคมอยู่ตลอดเวลา เช่น พ่อค้า แม่ค้า มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ร้านค้ากลางชุมชน เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะต้องเรียนรู้เพื่อที่นำไปใช้ในวันลงเก็บข้อมูลจริง

ในวันที่ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลังจากให้ความรู้ และทำความเข้าใจในขั้นตอนของแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการในการลงเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ลำดับต่อไปคือให้ทางทีมทั้ง 20 คนได้ทดลองทำแบบสอบถามกับพนักงานสนามพม่าที่ทางองค์การแพรประสานไว้ กระบวนการดังกล่าวเป็นเหมือนเวทีทดสอบย่อยก่อนที่จะไปเจอพื้นที่ทดสอบจริงในอีกช่วงเวลาหนึ่ง รูปแบบของกระบวนการ คือ ให้นักศึกษาและพนักงานสนามพม่าจับกลุ่มกัน และทำแบบสอบถามกับบุคคลที่เตรียมไว้ เพื่อฝึกความชำนาญในการเก็บข้อมูล ซึ่งผลการทดลองทำกระบวนการทำให้ทีมได้ทราบถึงข้อบกพร่องของตนเองว่า เข้าใจแบบสอบถามในระดับใด และการทดสอบดังกล่าวทำให้ทีมได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจว่าถูกต้องสมบูรณ์ และควรปรับปรุงแก้ไขในประเด็นใด

ขั้นตอนที่สอง “ทดลองลงสนามในพื้นที่ทดสอบ”: หลังจากผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง 2 วันแล้ว พนักงานสนามมีโอกาสในการทดลองกระบวนการเก็บข้อมูลในพื้นที่ทดสอบ ก่อนที่ทีมทั้งหมดจะลงภาคสนามในพื้นที่จริงคือ พื้นที่ที่ทางโครงการได้จัดเตรียมไว้ โดยเลือกพื้นที่ที่ประชากรต่างด้าวอยู่อาศัยกันเป็นลักษณะชุมชนหนาแน่น ซึ่งพื้นที่ที่ถูกเลือกเป็นสนามทดสอบก็คือ ชุมชนม่วงสกุล เขตบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

การทดลองลงทำแบบสอบถามในครั้งนี้ มุ่งหวังที่จะใช้เป็นแบบฝึกหัดให้กับทีมนักศึกษาและพนักงานสนามพม่าทั้ง 20 คนได้ลงทำสำมะโนประชากร และลงเก็บข้อมูลแบบสอบถามเชิงลึก ซึ่งกระบวนการในการทำงานใช้เวลาทั้งหมด 2 วันในพื้นที่ทั้งหมด 1 EA ที่มีครัวเรือนประมาณ 150 – 200 ครัวเรือน วิธีการในการลงเก็บข้อมูลเริ่มจากการใช้ทีมนักศึกษาจำนวน 2 คนลงสำรวจพื้นที่ หรือที่เรียกกันว่าทีม “พื้นราบ” ลงสำรวจพื้นที่ คุณลักษณะของผู้อยู่อาศัย สอบถามข้อมูลจากคนในชุมชน และหาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการลงเก็บข้อมูล หลังจากลงสำรวจก็นำมาข้อมูลที่ได้มาวางแผนในการลงทำแบบสอบถาม และปรับใช้กับทีมงานที่เหลือ หรือทีม “ลงภาคสนาม” โดยรูปแบบที่นำมาลองใช้ในการทำสำมะโนประชากรครั้งนี้คือ การจับคู่และแบ่งเป็นกลุ่มลงกระจายไปในชุมชนม่วงสกุล โดยผลที่ได้จากการทดลองทำครั้งนี้ทำให้ทีมได้รับทราบถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจริงในการลงเก็บข้อมูล ทั้งเรื่องของเวลาที่จะเข้าไปเก็บข้อมูล หรือปัญหาเรื่องความเข้าใจในแบบสอบถามที่ยังอาจจะไม่ถูกต้อง ซึ่งการได้รับรู้ถึงข้อบกพร่องดังกล่าวเป็นประโยชน์อย่างมากในการปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะทำการลงเก็บข้อมูลภาคสนามจริงทั้ง 20 EA ต่อไป

4.2 พื้นที่: ผู้คน: ความหลากหลาย

ในกระบวนการของการลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่ EA ซึ่งเป็นการสุ่มเลือกจากพื้นที่ EA ทั้งหมดของกรุงเทพมหานครมาจำนวนทั้งสิ้น 20 พื้นที่ EA ใน 19 เขตพบว่า มีลักษณะของพื้นที่ การรวมกลุ่มของประชากรต่างด้าว ความหนาแน่นของประชากรแรงงานต่างด้าวและการอยู่อาศัยที่แตกต่างหลากหลายกันไป แบ่งออกได้เป็น 4 ลักษณะคือ พื้นที่ตลาด พื้นที่หอพัก ชุมชนคนไทย และชุมชนแรงงาน (พื้นที่ที่คนงานตั้งถิ่นฐานกันอยู่หนาแน่น เช่น บริเวณชุมชนที่ตั้งโรงงาน และบริเวณบ้านพักคนงาน) ความหลากหลายของแต่ละพื้นที่สามารถจำแนกให้เห็นเป็นตารางได้ดังนี้คือ

ตารางที่ 16 ความหลากหลายของพื้นที่ และปัญหาอุปสรรคในการเก็บข้อมูลและแนวทางแก้ไข

ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
258 ช.ท่าข้าม13 เขตบางขุนเทียน	ห้องแถวให้เช่า อพาร์ทเมนต์ หอพัก	คนพม่าเชื้อสายเนปาลี ส่วนใหญ่อยู่เป็น ครอบครัว กลุ่มเครือ ญาติและเพื่อน	ใกล้โรงงานปลาทุ โรงงานพลาสติก และหมวกกันน็อค ที่เป็นแหล่งจ้าง งาน	ประชากรต่างด้าวทำงานตลอด มีการ ทำงานล่วงเวลา และมีช่วงว่างหลังสองทุ่ม และวันอาทิตย์หยุดงาน การแก้ไขปัญหาคือการใช้ล่ามและผู้ ประสานงานเข้าหากลุ่มแกนนำในพื้นที่ เพื่อนำพาและนัดหมายเข้าไปสัมภาษณ์ เพื่อให้เข้าถึงได้ในวันและเวลาที่สะดวก
074 ช.บางขุนเทียน14 (ม่วงสกุ) เขตบางขุนเทียน	อาคารพาณิชย์ แบ่ง ซอยเป็นห้องเช่า หอพัก อพาร์ทเมนต์ และโรงงาน	อยู่เป็นครอบครัว เครือญาติ หรือกลุ่ม เพื่อนอยู่ด้วยกัน เป็น ชุมชนที่มีแรงงานพม่า อยู่หนาแน่นมากกว่า คนไทย	ใกล้โรงงานอาหาร ทะเล โรงงานปลา กระป๋อง	ประชากรต่างด้าวทำงานตลอดทั้งวันและ บางวันมีการทำงานล่วงเวลา เวลาว่างจะ เป็นวันอาทิตย์ที่เป็นวันหยุด แรงงานมีทั้ง ที่มีบัตรและไม่มีบัตร การแก้ไขปัญหาคือ การใช้เครือข่ายของ ผู้ช่วยวิจัยร่วมที่เป็นสัญชาติพม่าที่ทำงาน กับกลุ่มแรงงานในพื้นที่เป็นหลักในการเข้า ไปสัมภาษณ์ในวันและเวลาที่สะดวก
254 ถ.พระยามนธาตุฯ เขตบางบอน	อาคารพาณิชย์สำหรับ เปิดร้านและเป็นที่ ทำงานข้างล่าง และ แบ่งบางส่วนให้เช่าพัก อาศัย มีหอพักของคนไทย	อาคารพาณิชย์ลักษณะ ทำเป็นโรงงานและ โกดังเก็บของด้านล่าง ข้างบนเป็นที่พักอาศัย แรงงานที่พบมีแรงงาน ลาว พม่า	ส่วนใหญ่เป็น โรงงานเย็บผ้า บริเวณใกล้เคียงมี โรงงานทำรองเท้า ยี่ห้อกิโต้และ โรงงานขนาด กลางจำนวนมาก	เจ้าของกิจการไม่ยอมให้สัมภาษณ์คนงาน และขึ้นข้างบนตึก บางส่วนเป็นบ้านร้าง เนื่องจากน้ำท่วมเลยอพยพออกไป แต่มี บางส่วนที่ยังดำเนินกิจการและมีแรงงาน สัญชาติพม่าและลาว การแก้ไขปัญหาคือ ใช้เครือข่ายของผู้ช่วย วิจัยชาวพม่าที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ ประสานงานเจ้าของกิจการและแรงงาน เพื่อขออนุญาตให้เข้าไปเก็บข้อมูล
131 ถนนพระราม 4 (คลองเตย) เขตคลองเตย	ตลาดใหญ่ มีตึกอาคาร พาณิชย์รายล้อม เปิด เป็นร้านค้าขายของ โกดังเก็บของ บาง อาคารทำเป็นห้องให้ เช่า	มีทั้งอยู่ด้วยกันเป็น ครอบครัว หรือเป็น เครือญาติ หรือเฉพาะ กลุ่มเพื่อน มีทั้ง ประชากรต่างด้าวชาว พม่าและลาว	ส่วนใหญ่ทำงาน เซ็นของในตลาด และขายของใน แผงตลาด งานมี ตลอดตั้งแต่เช้าตรู่ จนถึงเย็น ส่วนใหญ่ พักอยู่ในตลาด และซอยใกล้เคียง	เวลาในการทำงานต้องทำตลอดเวลา เจ้าของแผงไม่อนุญาตให้คุยกับลูกจ้างใน แผง แก้ไขโดยการสัมภาษณ์ที่หอพัก แม้ว่า เจ้าของหอพักไม่ยอมให้ขึ้นไปห้อง ทีม วิจัยแก้ไขปัญหามาโดยการติดต่อสัมภาษณ์ บริเวณหน้าหอพัก

ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
086 ถ.เพชรเกษม (ตลาดบางแค) เขตบางแค	ห้องแถว อาคาร พาณิชย์ ทำเป็นห้อง เช่าอยู่ด้านหลังตลาด จำนวนมาก	ส่วนใหญ่เป็นมอญ อยู่ กันเป็นครอบครัว ทำงานรับจ้างในตลาด ผู้หญิงมีทั้งรับจ้างใน ตลาดและรับจ้างตัด พริกบนท้องพัก	พื้นที่ตลาดมี 3 ตลาดติดกัน คือ ตลาดศิริชัย ตลาด แสงฟ้าห่าแพะ ตลาดห้างวันเดอร์ เป็นแหล่งจ้างงาน ตลาดมีทั้งรอบ เช้าตรู่และช่วงดึก ที่ต้องเตรียมของ	คนมอญไม่ต้องการสื่อสารกับพนักงาน สนามชาวพม่า และไม่มีเวลาให้เนื่องจาก ต้องทำงานตลอด แก้ไขปัญหาโดยการสัมภาษณ์ที่หอพัก โดยประสานกับเจ้าของหอพัก และหา แกนนำหลักเชื้อสายมอญที่เป็นผู้อาวุโสใน ชุมชนที่คนให้ความนับถือพาเดินขึ้นหอพัก เพื่อสัมภาษณ์ โดยใช้ล่ามภาษามอญ
024 ถ.วังบูรพาภิรมย์ (ปากคลองตลาด) เขตพระนคร	ตลาดขายส่งผักและ ผลไม้ มีตึกแถวอาคาร พาณิชย์ ชั้นล่างเป็น ร้านค้าขายผักและของ ชำ บางตึกแบ่งห้องให้ เช่า	ส่วนใหญ่คนที่อาศัย เป็นคนไทยเชื้อสายจีน มีแรงงานรับจ้างใน ตลาดทั้งเซ็นของและ ขายของ เป็นคนมอญ พม่า เขมรและลาว	พื้นที่ตลาดผัก ผลไม้ ดอกไม้ ทำ ใช้เวลาในการ ทำงานมีตลอดทั้ง วัน ตามสินค้า ที่มาลงตลาดและ การจับจ่ายซื้อ ของของผู้ซื้อ	เวลาทำงานตลอดทั้งวัน ตั้งแต่ 1 แรงงานไม่มีเวลาให้ข้อมูล เจ้าของแผงไม่ อนุญาตให้สัมภาษณ์ลูกจ้าง การแก้ไขปัญหา ใช้เครือข่ายของผู้วิจัยที่มี ความคุ้นเคยกับร้านค้าในปากคลองตลาด และเป็นผู้พาเข้าไปสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นแรงงานมอญและพม่า
013 ถ.อิสรภาพ เขตบางกอกน้อย	ตึกแถว อาคารพาณิชย์ ด้านล่างเป็นร้าน ด้านบนเป็นที่พักอาศัย รวมถึงหอพัก	เป็นคนไทย เชื้อสายจีน ส่วนใหญ่ มีลูกจ้างเป็น แรงงานต่างด้าว ใน ร้านอาหารและโรง น้ำแข็ง รวมทั้งมี แรงงานต่างด้าวใน ตลาดพรานนกทำงาน ช่วงเช้าและดึก แต่ ไม่ได้พักอาศัยบริเวณนี้	เป็นตลาดและ เป็นย่านธุรกิจ การค้า รวมทั้งมี หอพักของ นักศึกษา	พบประชากรต่างด้าวบ้างไม่มาก แต่ไม่ได้ ข้อมูล เนื่องจากเจ้าของกิจการไม่ยอมให้ ข้อมูล การแก้ไขปัญหาใช้วิธีการให้ผู้ร่วมวิจัยที่ เป็นชาวพม่าและกะเหรี่ยง สังเกตการณ์ และเข้าไปคุยเพื่อนัดหมายสัมภาษณ์นอก เวลาทำงาน
211 ถ.ลาดพร้าว (ซอย 119,121) เขตบางกะปิ	หอพัก อพาร์ตเมนต์ และอาคารพาณิชย์อยู่ หลังตลาดให้เช่า	อยู่อาศัยเป็นครอบครัว และเป็นเพื่ออยู่ด้วยกัน ทั้งแรงงานลาวและ พม่า รวมทั้งมีคนไทยมุสลิม อยู่จำนวนมาก	พื้นที่ตลาด อยู่ ใกล้ ห้างสรรพสินค้า ใหญ่ แหล่งทำงาน และแหล่งจ้างงาน โดยมากทำงานใน ตลาด ขายของ หน้าร้านและอยู่ ตามร้านค้า	ไม่ยอมให้ข้อมูล ไม่ไว้วางใจ ปิดห้อง ขึ้น หอพักไม่ได้ เวลาทำงานเข้าจรดเย็นจนถึง ค่ำ วันอาทิตย์เป็นวันหยุดวันเดียว การแก้ไขปัญหาใช้วิธีการดักหน้าหอพัก และใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ของผู้เก็บ ข้อมูลที่เป็นคนสัญชาติพม่าและกะเหรี่ยง ที่มีเพื่อนทำงานและพักในหอพักละแวกนี้ เป็นผู้ติดต่อประสานงานติดต่อเพื่อขอเข้าไป สัมภาษณ์

ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
058 ถ.เพชรบุรี (ซอย 14) เขตราษฎร์	ตึกร้างให้เช่า ส่วนใหญ่ เป็นบริษัทรับเหมา ก่อสร้าง มีหอพักขนาดใหญ่ปะปนกัน	มีทั้งอยู่เป็นครอบครัวมี พื้นที่เฉพาะ ถ้าคนโสด อยู่รวมกัน แยกชาย หญิง คนไทยอยู่ชั้นบนสุดไม่ ปะปนกับต่างด้าว คนงานมีทั้งกะเหียง เขมร ลาว ไทย อยู่ ด้วยกัน	ใกล้กับพื้นที่ ทำงาน ที่ตึกกำลัง สร้าง การพัก อาศัยในพื้นที่จะ แบ่งกันเป็นคน เขมรตึกหนึ่ง คน กะเหียงตึกหนึ่ง ซึ่งเป็นคนละ บริษัทกัน เวลา เลิกงาน 5-6 โมง เย็น ยกเว้นมีโอที หรือเร่งงานจะ เลิก 2-3 ทุ่ม	ประชากรต่างด้าวชาวเขมรสื่อสาร ภาษาไทยไม่ได้ แก้ไขปัญหาโดยการต้อง สื่อสารผ่านล่ามที่เป็นหัวหน้าคนงาน
021 ถนนวิภาวดี เขตจตุจักร	บ้านเดี่ยว บริษัท สถานีสง ร้านอาหาร แค้มป์ คนงานขนาดใหญ่และ ชุมชนคนไทย	คนไทยอยู่ในบริษัท บ้านเดี่ยว หอพัก ส่วน แรงงานจะอาศัยอยู่ รวมกันในแค้มป์คนงาน มีทั้งชาวเขมร พม่าและ คนไทย	คนงานในแค้มป์ คนงานทำงานใน พื้นที่เขตอื่น กลับมาที่พัก ในช่วง 6 โมงเย็น	ช่วงเวลาในการทำงานแตกต่างกันทั้งคน ไทยที่พักอาศัยในที่พักส่วนตัว ทำงานใน บริษัทและคนงานที่เป็นแรงงานสาม สัญชาติทำให้ต้องจัดการเรื่องเวลาในการ เก็บข้อมูล การแก้ไขปัญหา ใช้หนังสือขออนุญาต เจ้าของกิจการหรือผู้ประกอบการเพื่อเข้า ไปสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่ทำงานใน ร้านอาหารและแค้มป์คนงานกะเหียง พม่าและกัมพูชา
178 ถนนพุทธบูชา (พุทธบูชา 36) เขตทุ่งครุ	ชุมชนคนพุทธ มุสลิม มีหมู่บ้านจัดสรรหลาย โครงการ มีโรงงาน บริเวณใกล้เคียงและมี หอพัก อพาร์ทเมนต์ สำหรับเป็นที่พัก แรงงานต่างด้าว	อยู่เป็นครอบครัว เครือญาติและอยู่เป็น กลุ่มเพื่อน แรงงาน ส่วนใหญ่เป็นกะเหียง และพม่า	ทำงานเป็นกะใน โรงงานที่อยู่ใกล้ที่ พัก เช่น โรงงาน พลาสติก ทำงาน มีโอที เลิกงาน 2 ทุ่มหยุดงานวัน อาทิตย์	พื้นที่กว้างใหญ่ อยู่กันกระจาย ชุมชน บ้านจัดสรร โรงงาน ที่รกร้าง การเข้าไป เก็บข้อมูลใช้วิธีการออกหนังสือเพื่อขอ อนุญาตเข้าไปในพื้นที่บ้านจัดสรรอย่าง เป็นทางการ ในส่วนหอพักที่มีคนงาน 3 สัญชาติอาศัย อยู่และใช้วิธีการสังเกตการณ์และดักรอ สัมภาษณ์บริเวณหน้าหอพัก

ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
024 ช.เพชรเกษม 20 เขตภาษีเจริญ	บ้านเดี่ยว บ้านสองชั้น แบ่งเช่า มีหอพักและ อาคารพาณิชย์ เป็น ย่านชุมชนคนไทย ย่าน เก่า	อยู่เป็นครอบครัว เครือ ญาติ และกลุ่มเพื่อนอยู่ ด้วยกัน และอยู่คน เดียว แรงงานที่อยู่มีทั้ง พม่าและมอญ	ทำงานในโรงงาน ที่อยู่ในEA ถัดไป หรืออยู่ในซอย ถัดไป มีโรงงานใน พื้นที่EA แต่ คนงานพักอาศัย นอก EA	เจ้าของหอพักบางแห่งไม่อนุญาตให้ขึ้น หอพัก และคนเชื้อสายมอญไม่ค่อยกับ พนักงานสนามพม่า วิธีการแก้ไขปัญหาใช้วิธีการสังเกตการณ์ และดักรอเพื่อสัมภาษณ์ โดยอาศัย อาสาสมัครที่มีเครือข่ายกับชาวมอญใน พื้นที่เป็นตัวประสานกับเพื่อนชาวมอญ เพื่อนำพาไปยังกลุ่มเป้าหมาย
177 ถ.เพชรเกษม 71 เขตหนองแขม	บ้านเดี่ยวแบ่งเช่า เจ้าของคนไทย มี หอพักที่แรงงานพม่า อยู่จำนวนหนึ่ง	อยู่อาศัยกันเป็น ครอบครัว หรือเครือ ญาติอยู่ด้วยกันและ เป็นเพื่อนอยู่ด้วยกัน	มีโรงงานนันทยางที่ เป็นโรงงานใหญ่ อยู่บริเวณต้นซอย คนไทยในชุมชน เปิดกิจการค้าขาย ร้านค้า	ประชากรต่างด้าวกลัวตำรวจ เพราะเพิ่ง ย้ายเข้ามา และส่วนหนึ่งไม่มีบัตร ทำให้ไม่ กล้าให้ข้อมูล บางที่เจ้าของหออนุญาตให้ขึ้นหอแต่ขอไป ด้วยกัน ทำให้แรงงานที่พักอาศัยไม่กล้า พูดหรือให้ข้อมูล การแก้ไขก็ให้อาสาสมัครผู้ร่วมวิจัยที่เป็นคน สัญชาติพม่าเป็นผู้สื่อสารกับ กลุ่มเป้าหมายเป็นหลักเพื่อให้เกิดความ ไว้วางใจ
048 ซอยประชาอุทิศ 75 เขตทุ่งครุ	บ้านเดี่ยว บ้านจัดสรร โรงงานตึกแถวและ หอพัก รวมทั้งหมู่บ้าน คนไทยมุสลิม	ส่วนใหญ่จะเป็นคนไทย ประชากรต่างด้าวจะ พักอยู่นอกEA ไม่มีที่ พักในโรงงาน ส่วนใหญ่ เป็นพม่าและลาว	ประชากรต่างด้าว ทำงานในโรงงาน ตั้งแต่เช้าถึงค่ำ และคนไทยทำ การค้าขาย	เจ้าของโรงงานไม่สะดวกให้ข้อมูล และ เจ้าของหอพักบางหอไม่ยินยอมให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหาใช้หนังสือที่เป็นทางการ ในการขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ ในโรงงาน บ้านจัดสรรและชุมชน
568 ซอยเหมวงค์ เขตดินแดง	อาคารพาณิชย์ 2-3 ชั้น ด้านล่างเป็นโรงงาน เย็บผ้า ทำเฟอร์นิเจอร์ อาคารพาณิชย์บางหลัง กำลังปรับปรุงทำเป็น ห้องเช่า หอพัก	ประชากรต่างด้าวมี ชาวพม่าและลาว ไม่ได้ พักในEA ส่วนใหญ่เป็นคนไทย เปิดร้านขายของ ทำ โรงงานขนาดเล็ก และ ทำห้องเช่า	ทำงานเย็บผ้า เริ่ม งานช่วงเช้าถึงสี่ โมงเย็น	อาคารพาณิชย์หลายหลังปรับปรุงทำให้ แรงงานย้ายไปอยู่ที่อื่นก่อน คนไทย ไม่ ค่อยให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหาคือการใช้วิธีการ สังเกตการณ์และการสัมภาษณ์ผู้อาศัยใน พื้นที่เกี่ยวกับแรงงานในพื้นที่และข้อมูลที่ ชัดเจนเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายแรงงาน

ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
003 ซอยสวนมะลิ ถนนบำรุงเมือง เขตป้อมปราบ ศัตรูพ่าย	อาคารพาณิชย์หันหลัง ชนกันด้านล่างขาย อะไหล่รถ จำนวนมาก เป็นโกดังเก็บของ โรงงาน ที่ไม่มีคนพัก อาศัย มีห้องเช่าของแรงงาน	อยู่เป็นกลุ่มเพื่อน หรือ อยู่คนเดียว เพราะ ทำงานเป็นลูกจ้าง บริษัท บางคนเป็นแม่บ้านใน บริษัทและพักอยู่นอก EA	ประชากรต่างด้าว สามสัญชาติ พม่า เขมร ลาว ทำงาน เป็นลูกจ้างของ บริษัทขนส่งสินค้า	ประชากรต่างด้าวอยู่นอก EA คนงานในบริษัทที่เป็นคนไทยไม่ค่อยให้ ข้อมูล และประชากรต่างด้าวทำงานตลอด ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล รวมทั้งแรงงาน เขมรพูดไทยไม่ได้ การแก้ไขปัญหาพยายามหาลำมในพื้นที่ และความสนิทสนมของผู้ร่วมวิจัยที่รู้จัก กับกลุ่มแรงงานในพื้นที่เป็นผู้ประสานงาน และพาเข้าไปสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย
042 ซอยบรรทัดทอง เขตปทุมวัน	อาคารพาณิชย์ ตึกแถว ใช้เป็นที่อยู่อาศัย มี โรงงานขนาดเล็ก ส่วนมากขายอะไหล่ รถยนต์ เป็นที่เก็บของ	ส่วนใหญ่เป็นคนไทย เวลาทำงานเริ่มตั้งแต่ 10 โมงเช้า จนถึง 16.00 น. ไม่ค่อยพักอาศัยใน โรงงาน	มีลักษณะเป็น โรงงานขนาดเล็ก ขายอะไหล่รถ และโกดังเก็บของ ไม่พบแรงงานสาม สัญชาติ	มีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้าทำให้การ เข้าถึงแหล่งข้อมูลไม่มีปัญหาและส่วนใหญ่ เป็นชุมชนคนไทย
012 ถนนเจริญกรุง เขตบางคอแหลม	ชุมชนคนไทยที่ บ้านเรือนอยู่อย่าง แออัด มีลักษณะเป็น บ้านเดี่ยวชั้นเดียวและ สองชั้น มีหอพัก ตึกแถวอาคารพาณิชย์ ด้านล่างเป็นร้านค้า/ บริษัทอยู่ปะปนกัน	ส่วนมากเป็นชุมชนคน ไทยมุสลิม มีแรงงาน บ้างแต่ไม่มาก แรงงาน ส่วนใหญ่เป็นพม่า คน ไทยทำอาชีพค้าขาย เปิดร้านขายอาหาร	ทำงานในโรงงาน บริเวณใกล้เคียง รับจ้างตาม โรงงานเล็กๆ เช่น โรงน้ำแข็ง เริ่ม งานตอนเช้าเลิก งานตอนเย็น	บริษัทมีแรงงานต่างด้าวแต่ไม่ยอมให้ ข้อมูล มีความซับซ้อนของพื้นที่ ในซอยมี ลักษณะวุ่น ทำให้เสียเวลาหาบ้านเลขที่ ตามแผนที่ วิธีการแก้ไขปัญหาใช้การสังเกตการณ์และ ดักโทรศัพท์สัมภาษณ์บริเวณหอพักในพื้นที่
031 ถนนสุรวงศ์ สี่พระยา เขตบาง รัก	อาคารพาณิชย์ ข้างล่างเป็นร้านขาย ของชำ หอพักมี1 หอ และบ้านเดี่ยว	ส่วนใหญ่เป็นครอบครัว คนไทย หอพัก1 หอมี คนอินเดียอาศัยเกือบ ทุกห้อง ทำงานร้าน เพชร	คนไทยดั้งเดิม ค้าขาย และส่วน หนึ่งออกไป ทำงานข้างนอก	ประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ พักอยู่นอก EA

ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
029 ถนนพัฒนาการ ซอย 2 เขตสวนหลวง	ทาวน์เฮ้าส์อาคาร พาณิชย์และหอพัก	อยู่เป็นครอบครัว เครือญาติ กลุ่มเพื่อน บางครั้งอยู่ปะปนกับ คนไทยในหอพัก แรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่เป็นคนพม่า	คนไทยพักอาศัยใน ทาวน์เฮ้าส์ แรงงาน ไทยและแรงงาน ต่างด้าวทำงาน รับจ้างในตลาดและ โรงงานเล็กๆย่าน ใกล้เคียง	เจ้าของหอไม่อนุญาตให้ขึ้นตึก การแก้ไขปัญหาใช้การออกหนังสือที่เป็น ทางการในการขออนุญาตขึ้นไปหอพักเพื่อ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย การติดต่อสัมภาษณ์และสังเกตการณ์อยู่ บริเวณหน้าหอพัก รวมทั้งใช้ความสัมพันธ์ ของผู้ร่วมวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็น แรงงานสัญชาติพม่าช่วยประสานงาน
050 ประชากรราษฎร์ บำเพ็ญ13	บ้านเดี่ยว หอพัก อพาร์ทเมนต์ ทาวน์เฮ้าส์ ตึกแถวอาคารพาณิชย์	คนไทยอาศัยอยู่เกือบ 100เปอร์เซ็นต์	แหล่งที่พักอาศัย ของนักศึกษา คน ทำงาน เพราะอยู่ ใกล้สถานศึกษา และแหล่งบันเทิง	ไม่พบประชากรต่างด้าวสามสัญชาติ เพราะอาศัยอยู่บริเวณใกล้ตลาดห้วยขวาง ที่อยู่นอก EA

ลักษณะของพื้นที่ดังกล่าวข้างต้น มีลักษณะเฉพาะที่น่าสนใจและแตกต่างกันออกไปคือ บางพื้นที่มีลักษณะของหอพัก ชุมชนคนไทย ชุมชนแรงงานต่างด้าว โรงงาน ตลาด และแคมป์คนงาน เมื่อลงไปในพื้นที่จะพบกับความแตกต่างหลากหลายของผู้คนที่อยู่ในพื้นที่ สภาพที่พักอาศัยที่มีหลายรูปแบบ ทั้งบ้านเดี่ยวแบ่งเช่า ห้องแถว ตึกแถว อพาร์ทเมนต์ หอพัก หรือแคมป์ก่อสร้างของคนงาน ที่จะอยู่ใกล้กับแหล่งงาน เช่น บริเวณตลาดบางแค ตลาดคลองเตย ตลาดปากคลองข้างในตลาดและหลังตลาดรวมถึงชอกชอยบริเวณใกล้เคียง ส่วนใหญ่แหล่งที่พักอาศัยของประชากรต่างด้าวจะมีลักษณะเป็นตึกแถว อาคารพาณิชย์แบ่งซอยเป็นห้องเช่าเพื่อการพักอาศัย

เนื่องจากแรงงานต่างด้าวบางกลุ่มต้องทำงานตลอดเวลา ตามการเข้ามาของสินค้าในตลาดและผู้เข้ามาจับจ่ายใช้สอย แรงงานโดยมากจะทำงานเช็นของ ดูแลแผงผักและเนื้อสัตว์ ฝ้าร้านขายของชำในตลาด และรับจ้างต่างๆ เช่น ปอกเปลือกไข่ เด็ดข้าวพริก เป็นต้น

การพักอาศัยในอีกลักษณะหนึ่งที่น่าสนใจคือ การพักอาศัยในแคมป์คนงานก่อสร้าง ทั้งในพื้นที่ EA058 เขตราชเทวีและพื้นที่ EA 021 เขตจตุจักร ที่จะมีกลุ่มประชากรแรงงานต่างด้าวอยู่ปะปนกัน ทั้งแรงงานชาวกัมพูชา แรงงานชาวพม่า เป็นต้น ซึ่งคนงานเหล่านี้มักจะออกไปทำงานตามแหล่งงานก่อสร้างในช่วงเช้าตรู่และจะกลับมาที่พักในช่วงเวลา 18.00 น. หากไม่มีการทำงานล่วงเวลาแต่ถ้ามีการทำงานล่วงเวลาก็จะกลับมาประมาณ 20.00-21.00 น. ทำให้ทางทีมผู้วิจัยต้องปรับวิธีการเก็บข้อมูลให้ถูกกับช่วงเวลา และประสานงานกับหัวหน้าคนงานเพื่อเข้าไปเก็บข้อมูล รวมทั้งจัดหาล่ามในพื้นที่ที่สามารถสื่อสารภาษาเขมรได้ ก่อนที่จะลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยกระบวนการเหล่านี้จะเริ่มต้นหลังจากการลงพื้นที่ภาคสนามโดยทีมวิจัยที่เรียกว่า ทีมพื้นราบ

4.3 สํารวจพื้นที่: เข้าใจพื้นที่ เข้าใจคน

กระบวนการลงสํารวจพื้นที่ก่อนลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ EA เป็นหัวใจสําคัญต่อการทำความเข้าใจต่อพื้นที่ วิถีชีวิต การพักอาศัย การอยู่ร่วมกันและช่วงเวลาการใช้ชีวิต เช่น การทํางาน และการหยุดพักผ่อน กระบวนการที่ใช้ทำความเข้าใจพื้นที่ จึงเริ่มต้นจาก การทำความเข้าใจแผนที่ EA เพื่อเทียบเคียงกับพื้นที่จริง ดูความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ รวมทั้งข้อมูลปัจจุบันของพื้นที่ เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ถูกต้อง และเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างครอบคลุมตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

กระบวนการแรกที่คณะนักวิจัยใช้ก็คือ การใช้ทีมงานพนักงานสนามส่วนหนึ่งเดินทางไปในชุมชนเพื่อทำการสํารวจจำนวนครัวเรือน ที่พักอาศัย และบ้านเลขที่ในพื้นที่ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกับแผนที่ EA ของสํานักงานสถิติแห่งชาติหรือไม่ โดยทีมพื้นราบที่จะมีพนักงานสนามประมาณ 2-3 คน สํารวจเดินถือแผนที่ EA ลงไปในชุมชนต่างๆ ที่สุ่มตัวอย่างเลือกมา เพื่อเช็คว่าจำนวนบ้าน จำนวนครัวเรือน และหาข้อมูลเกี่ยวกับประชากรต่างด้าวและคนไทยในพื้นที่ ในส่วนที่เป็นคนไทยก็สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลแบบนับจุดได้ทันที แต่ถ้าพบกลุ่มประชากรต่างด้าว ก็จะทําเครื่องหมายไว้เพื่อให้ “ทีมลงพื้นที่” ที่มีพนักงานสนามคนไทยและล่ามชาวพม่า ลงพื้นที่ไปสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในภายหลัง ในช่วงที่เราได้ลงเดินสํารวจพื้นที่พบความแตกต่างที่ปรากฏบนแผนที่ EA กับสภาพพื้นที่จริง รวมทั้งความรู้และบทเรียนใหม่ๆ ที่เราจะนำไปใช้ในการทํางานต่อไป สิ่งที่ค้นพบในการลงภาคสนามในพื้นที่คือ

1. ความทันสมัยของข้อมูลที่ปรากฏในแผนที่ EA กับพื้นที่จริง มีความแตกต่างกันในบางพื้นที่ เช่น ในพื้นที่ EA048 ประชาอุทิศ 75 เขตทุ่งครุ ในแผนที่ EA มีบ้านเลขที่เดียวและจำนวนบ้าน 1 หลัง แต่ในพื้นที่เดียวกันเมื่อลงไปสํารวจจะพบว่ามีบ้านหลายหลังที่ ปลุกใกล้กันในพื้นที่เดียวกันและใช้บ้านเลขที่เดียวกัน เนื่องจากการขยายครอบครัวและการให้ที่ดินคนอื่นเช่าสำหรับปลูกบ้าน หรือ พื้นที่ EA178 พุทธบูชา 36 ที่ในแผนที่พบว่าเป็นที่ดินรกร้างว่างเปล่า แต่ปัจจุบันกลายเป็นหมู่บ้านจัดสรร 5-6 โครงการ ปรากฏการณ์ดังกล่าวทำให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของการใช้พื้นที่ เพื่อให้การเก็บข้อมูลของทีมวิจัยได้ข้อมูลมีความทันสมัยและสอดคล้องกับข้อเท็จจริงในพื้นที่มากขึ้น
2. กระบวนการสํารวจแผนที่ใน EA นอกจากสํารวจจำนวนบ้านเลขที่ ที่พักอาศัย โรงงาน ว่ามีความสอดคล้องตรงกับแผนที่หรือไม่แล้ว ทางทีมผู้ศึกษายังใช้วิธีการขึ้นไปสํารวจบริเวณหอพัก บ้านเช่า อพาร์ทเมนต์ ห้องแถว เพื่อเขียนแผนผังจำนวนห้อง ผู้พักอาศัยและจำแนกจำนวนห้องที่มีแรงงานต่างด้าวอาศัยอยู่ เพื่อประโยชน์ของการเก็บข้อมูลแบบเจาะลึก ซึ่งเป็นหัวใจของเก็บข้อมูลของการสํารวจสำมะโนประชากรแรงงานต่างด้าวในครั้งนี้ รวมทั้งการนับจดข้อมูลของคนไทยที่อาศัยในพื้นที่ทั้งหมดด้วย

3. บ้านเลขที่ในแผนที่ EA กับบ้านเลขที่ที่ปรากฏในพื้นที่จริงบางพื้นที่ ไม่ตรงกัน บางครั้งบ้านเลขที่หายหรือมีการเปลี่ยนมาใช้บ้านเลขที่ใหม่ ทำให้ข้อมูลเรื่องบ้านเลขที่มีการเปลี่ยนแปลงไปมาก บางครอบครัวใช้ทั้งเลขที่บ้านแบบเก่าและแบบใหม่ด้วยกัน บางพื้นที่เปลี่ยนเป็นบ้านเลขที่ใหม่ ทำให้ต้องใช้เวลาในการสำรวจและเช็คข้อมูลมากขึ้น เช่น เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย เขตจตุจักร เขตบางบอน เป็นต้น
4. การเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ ที่สัมพันธ์กับข้อมูลแรงงานที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ในเขตบางบอนที่เป็นแหล่งของโรงงานและที่พักอาศัยของแรงงานต่างด้าว แต่เมื่อลงไปเก็บข้อมูลในพื้นที่พบว่า มีบ้านเช่าร้าง และพื้นที่ที่เคยเป็นบ้านเช่าหายไป ซึ่งไม่สอดคล้องกับแผนที่ EA จากการสอบถามคนในพื้นที่พบว่า มีสาเหตุมาจากเหตุการณ์อุทกภัยในกรุงเทพฯ เมื่อช่วงปีพ.ศ.2554 ที่สัมพันธ์กับการอพยพย้ายออกของแรงงานและการเลิกกิจการบ้านเช่า ทำให้ข้อมูลแรงงานต่างด้าวในพื้นที่จากการเก็บข้อมูลค่อนข้างน้อย เนื่องจากประชากรต่างด้าวมีการอพยพย้ายถิ่นไปพักอาศัยและทำงานที่อื่น
5. การสำรวจพื้นที่นำไปสู่ความเข้าใจวิถีชีวิตและช่วงเวลาในการทำงานของผู้คนที่อยู่ในพื้นที่ ทำให้สามารถกำหนดช่วงเวลาลงไปเก็บข้อมูลของประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติและคนไทย ที่มีช่วงเวลาในการทำงานไม่เหมือนกัน โดยทีมผู้วิจัยใช้วิธีการสอบถามและสังเกตการณ์การเคลื่อนไหวของผู้คนในพื้นที่ทั้งคนไทยและประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ เพื่อกำหนดรูปแบบและวิธีการในการลงเก็บข้อมูลทั้งแบบเจาะจงและแบบสุ่ม

นอกจากนี้การสำรวจแผนที่ ยังเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำความเข้าใจลักษณะของพื้นที่ แหล่งที่พักอาศัย โรงงาน ตลาด ที่เป็นศูนย์รวมของกลุ่มคน รวมถึงลักษณะอื่นๆที่ปรากฏ เช่น การเป็นชุมชนประชากรต่างด้าวสามสัญชาติ (พม่า ลาว เขมร) การเป็นชุมชนคนไทย หรือพื้นที่ที่มีบ้านพักและแคมป์ของประชากรต่างด้าวที่ทำให้เราเข้าใจลักษณะของแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ การพักอาศัยและช่วงเวลาของการทำงาน รวมทั้งช่วงวันหยุดงานประจำสัปดาห์ ที่จะนำไปสู่การเลือกวิธีการเก็บข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน

4.4 การลงพื้นที่: หลากวิธีในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล

กระบวนการลงเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง จะใช้พนักงานสนามไทยประมาณ 10 คน และพนักงานสนามพม่าประมาณ 6-10 คน เพื่อจับคู่กัน สำหรับการสัมภาษณ์และการกรอกแบบสอบถาม แล้วแต่ความหนาแน่นของประชากรแรงงานต่างด้าวในพื้นที่ ในบางพื้นที่ที่มีคนไทยอยู่อย่างหนาแน่นก็จะใช้คนไทยจำนวนมากว่า ลามชาวพม่า ช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในแต่ละวันจะแตกต่างกัน ตามเวลาที่ประชากรต่างด้าวเลิกงานหรือหยุดงาน ส่วนมากถ้าเป็นพื้นที่ที่มีประชากรต่างด้าวอยู่หนาแน่นก็จะลงเก็บข้อมูลในช่วงวันอาทิตย์ที่เป็นวันหยุดของบรรดาแรงงาน หากเป็นแรงงานที่ทำงานในตลาดที่ทำงานตลอดทั้งวัน ก็จะใช้วิธีการดักรอหน้าหอพัก เพื่อรอจังหวะช่วงที่เขากลับมาเพื่อสอบถามข้อมูล

เป็นต้น สิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเก็บข้อมูลก็คือ การเลือกใช้วิธีการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และวิถีชีวิตของประชากรต่างดาว วิธีที่ทีมวิจัยใช้ในการทำงานมีหลากหลายแบบ คือ

1. การนัดวันสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล จะดูตามลักษณะของการทำงานและช่วงเวลาที่ว่างจากการทำงานเพื่อนัดสัมภาษณ์วันหลัง เช่น ชุมชนที่เป็นโรงงานก็จะนัดในช่วงวันหยุดซึ่งจะตรงกับวันอาทิตย์ หรือในช่วงเย็นหลังเลิกงาน ถ้าไม่มีโอที ก็จะช่วงประมาณ 17.00 -18.00 น. ถ้ามีโอทีก็จะนัดช่วง 20.00 น. เพื่อให้การเก็บข้อมูลสอดคล้องกับช่วงเวลาที่ว่างจากการทำงานของกลุ่มแรงงาน
2. การใช้ล่าม เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ข้อมูลที่ถูกต้องสมบูรณ์ในพื้นที่ การได้ลงไปสำรวจว่ากลุ่มคนที่อยู่ในพื้นที่เป็นคนสัญชาติไหน จะนำไปสู่การวางแผนของการใช้ล่ามให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เช่น คนมอญ คนกะเหรี่ยง คนเขมร ที่จะต้องใช้ล่ามให้เหมาะสมสอดคล้องกัน รวมทั้งปัญหาอันเนื่องมาจากอคติทางเชื้อชาติที่เกี่ยวข้องเนื่องกับประวัติศาสตร์บางประการ เช่น คนมอญไม่ยอมพูดกับพนักงานสนามชาวพม่า หรือคนพม่าสื่อสารกับกะเหรี่ยงไม่ได้ ก็เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ในช่วงหลังทางทีมวิจัยจึงใช้พนักงานสนามที่สามารถพูดภาษา มอญ และกะเหรี่ยงได้ เป็นผู้สัมภาษณ์นำ
3. การขออนุญาตเข้าไปในที่พักอาศัยของประชากรต่างดาวเพื่อเก็บข้อมูลมีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งการใช้หนังสือขออนุญาตเจ้าของหอพัก เจ้าของกิจการร้านอาหารที่มีลูกจ้าง บ้านจัดสรร อพาร์ทเมนต์ แคมป์คนงานและห้องเช่า
4. การประชาสัมพันธ์ จะใช้ในชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนคนไทย เพื่อไม่ให้ผู้อาศัยในชุมชนและผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกหวาดกลัว หรือสงสัยในการเข้ามาทำงานภาคสนามในพื้นที่ของกลุ่มผู้ศึกษา
5. การสร้างความเป็นทีม การใช้ฟอร์มเดียวกันและการไม่สร้างความแตกต่าง ในบางพื้นที่ที่รู้สึกว่ามีผู้ให้ข้อมูล ไม่นั่นใจ หวาดกลัว ก็จะแต่งกายแบบไม่เป็นทางการ แต่งตามสบาย เพื่อให้เขาไว้วางใจในทีมของผู้เก็บข้อมูลมากขึ้น แต่ในบางพื้นที่เช่นชุมชนคนไทย บ้านจัดสรร ก็อาจจะต้องแต่งกายให้เป็นทีมเดียวกันเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของผู้เก็บข้อมูล
6. การใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวสำหรับการเก็บข้อมูล ในบางพื้นที่ที่พนักงานสนามรู้จักชุมชนและคนที่อาศัยในชุมชนก็จะใช้ความสัมพันธ์ดังกล่าวในการเข้าไปเก็บข้อมูลในหอพักหรือแหล่งที่มีแรงงานต่างดาว 3 สัญชาติอาศัยอยู่ ซึ่งมักจะได้รับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลมากกว่าวิธีอื่นๆ

7. การสังเกตการณ์ดูความเคลื่อนไหว การออกไปทำงาน การกลับบ้าน เพื่อดูแหล่งพักอาศัย ในบางพื้นที่ที่ลงเก็บข้อมูลพบว่ามีจำนวนแรงงานน้อยเกินกว่าความเป็นจริงก็จะใช้วิธีการสังเกตการณ์โดยสอบถามคนขายของ คนขายขยะ วินมอเตอร์ไซด์ที่อยู่ในพื้นที่ รวมทั้งการนั่งสังเกตการณ์บริเวณหอพัก ร้านค้า ชุมชาตองและบริเวณโรงงาน เพื่อดูการเคลื่อนไหวระหว่างพื้นที่บ้านกับพื้นที่ทำงาน การรวมกลุ่มและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรต่างด้าว
8. การใช้วิธีการสอบถามประชากรต่างด้าวในพื้นที่ถึงแหล่งพักอาศัยและพื้นที่รวมกลุ่มของประชากรสามสัญชาติ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลนำไปสู่กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ ที่เป็นผู้หญิงและมีลูกอายุ 0-5 ปีที่อยู่ในเมืองไทย เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างถูกต้อง

4.5 ปัญหาและข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล

แม้ว่าทีมวิจัยจะใช้วิธีการอันหลากหลายในการเก็บข้อมูลภาคสนาม แต่ก็ยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ที่ทำให้การเก็บข้อมูลไม่อาจทำได้อย่างสมบูรณ์ เช่น เรื่องของการทำความเข้าใจประเด็นที่ค่อนข้างอ่อนไหว เช่น การถามเรื่องของการมีบัตรประจำตัวหรือหนังสือเดินทาง ทีมวิจัยพบว่า หลายครั้งที่เริ่มต้นถามคำถามนี้กับประชากรต่างด้าว สิ่งที่สัมผัสได้คือท่าทีที่เปลี่ยนไปของผู้ให้ข้อมูล ความไม่ไว้วางใจและความกลัวที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวด้านอื่นๆกับผู้สัมภาษณ์ ซึ่งทำให้ไม่ได้รับคำตอบในหลายประเด็น หรือเรื่องของการทำงานที่เวลาเลิกงานและการเข้ากะงานไม่ตรงกัน สมาชิกในครอบครัวมักจะไม่รู้ข้อมูลของสมาชิกในครัวเรือน ทำให้รายละเอียดของสมาชิกบางคนในครอบครัวไม่ครบถ้วน

นอกจากนี้ การใช้คู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะและรูปแบบของการศึกษาของประชากรแรงงาน 3 สัญชาติ และการนับปีเกิด รวมทั้งลักษณะของบัตรประเภทต่างๆที่ประชากรต่างด้าวน่าจะมีอยู่ ก็ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่ไม่มีบัตรประจำตัวและบัตรบางส่วนอยู่กับนายจ้าง รวมทั้งความสับสนของผู้ตอบแบบสอบถาม เพราะประชากรแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีบัตรอยู่หลายใบ แต่ไม่ชัดเจนว่ามีบัตรอะไรบ้าง รวมทั้งมีแรงงานบางส่วนที่ไม่มีบัตร ซึ่งทำให้ข้อมูลในเรื่องของบัตรยังไม่ค่อยชัดเจนสมบูรณ์มากนัก

กล่าวโดยสรุป การพยายามใช้วิธีการที่หลากหลายในการเก็บข้อมูลและการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสอดคล้องกับระยะเวลาที่กำหนด โดยในแต่ละพื้นที่ EA ที่ลงเก็บข้อมูลภาคสนาม ทางทีมวิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 2 วัน และใช้ทีมผู้วิจัยประมาณ 10-15 คนในแต่ละครั้ง โดยจำนวนพนักงานสนามผันแปรตามความหนาแน่นของประชากรต่างด้าวในพื้นที่ และในทุกครั้งของการลงพื้นที่ EA จะมีการตรวจเช็คความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามที่ประชากรต่างด้าวตอบและประชุมสรุปบทเรียนการเก็บข้อมูลของทีมวิจัยในแต่ละวัน เพื่อวางแผนแนวทางแก้ปัญหาและจัดการปัญหาในวันต่อไป

ดังนั้น สิ่งสำคัญในการทำสำมะโนประชากรต่างดาว จึงประกอบไปด้วย การเตรียมคนให้พร้อมสำหรับการเก็บข้อมูล การทำความเข้าใจแบบสอบถามของการวิจัย ข้อมูลพื้นฐานของประชากรสามัญชาติที่จะต้องพบในพื้นที่ การเรียนรู้เทคนิควิธีการเก็บข้อมูลภาคสนาม รวมถึงการทำความเข้าใจพื้นที่ ท่ามกลางความหลากหลายของพื้นที่และวิถีชีวิตของผู้คน เพื่อเลือกใช้วิธีการวิจัยที่เหมาะสม สอดคล้องกับพื้นที่ ช่วงเวลา การทำความเข้าใจความแตกต่างทางวัฒนธรรม และการทำงานของประชากรต่างดาว รวมถึงปรับวิธีการทำงานให้สามารถรองรับกับสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่มีอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การเก็บข้อมูลสามารถดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย อันจะนำไปสู่ความเข้าใจความหลากหลายของพื้นที่ ผู้คน วิถีชีวิต ของประชากร 3 สัญชาติ ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจ อันจะนำไปสู่ข้อมูลที่ต้องการในการวางแผนและการพัฒนาประเทศไทยในอนาคตต่อไป

ฐานข้อมูลประชากรต่างด้าวและแนวทางการคาดประมาณ

กลุ่มคนต่างชาติที่อพยพมาจากประเทศพม่า กัมพูชาและลาว เป็นกลุ่มประชากรต่างด้าวที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย โดยการเข้ามาทำงานในประเทศไทยมีทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและลักลอบเข้ามา ทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนที่แน่นอนได้ ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการกำหนดนโยบายและวางแผนทางเศรษฐกิจและสังคมให้กับประชากรเหล่านี้ ได้แก่ สวัสดิการทางสังคม การรักษาพยาบาล การอนามัยแม่และเด็ก การจัดการศึกษาให้กับลูกของแรงงานต่างด้าว เป็นต้น

ปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มี การคาดประมาณประชากรต่างด้าวกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ ที่ผ่านมามีการศึกษาการคาดประมาณจำนวนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายในประเทศไทยใน ปี 2543 โดย กฤตยา อาชวนิจกุล และฟิลิป เกสต์ โดยศึกษากลุ่มผู้หลบหนีเข้าเมืองหรือลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายที่เข้ามาเป็นแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย และรวบรวมการคาดประมาณแรงงานต่างด้าวที่ลักลอบเข้าเมืองจากหน่วยงานต่างๆ ได้ดังนี้

- กระทรวงมหาดไทย คาดประมาณผู้หลบหนีเข้าเมืองประเภทต่างๆ ระหว่างปี 2536-2537 มีประมาณ 975,756 คน เป็นชาวพม่า 200,000 คน
- สภาความมั่นคงแห่งชาติ ทำการประเมินในช่วงปี 2536-2537 จากข้อมูลด้านการข่าวและการรวบรวมข้อมูลคนงานต่างด้าวตามสถานประกอบการสาขาต่างๆ พบแรงงานไร้ฝีมือ 211,492 คน
- สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ประเมินแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมายในประเทศไทย ในปี 2537 มีจำนวน 525,480 คน เป็นแรงงานสัญชาติพม่ามากที่สุด ประมาณ 300,000 คน โดยไม่ได้ระบุถึงวิธีการประเมิน
- กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ผลสำรวจเจ้าของสถานประกอบการผ่านความร่วมมือของหอการค้าจังหวัด เดือนกุมภาพันธ์ 2539 พบจำนวนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย 741,999 คน ในเดือนกันยายน 2540 พบ 986,889 คน และใช้ตัวเลขนี้ เป็นฐานสำรวจการเปลี่ยนแปลงจำนวนในปี 2541 โดยลบจำนวนแรงงานผิดกฎหมายที่มาจดทะเบียนและจำนวนที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองส่งกลับ เหลือจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เหลืออยู่ในประเทศ 558,904 คน เมื่อรวมกับผู้ที่ได้รับใบอนุญาตทำงาน จะมีจำนวน 709,442 คน
- การประเมินของภาคธุรกิจเอกชน ในปี 2538 หอการค้าอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประเมินจากผู้ประกอบการที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกหอการค้า ได้ตัวเลขแรงงานต่างด้าว 7,064 คน และในปี 2539 หอการค้าจังหวัดภูเก็ต ประเมินโดยนักวิชาการในคณะกรรมการหอการค้า ทำการสำรวจสถานประกอบการที่มีการจ้างแรงงานต่างด้าว ได้ตัวเลขจำนวนแรงงานต่างด้าวคาดประมาณขั้นต่ำที่ 23,500 คน

- การสำรวจและคาดประมาณของมหาวิทยาลัยมหิดล สำรวจโดยใช้แบบสำรวจจำนวนแรงงานต่างด้าว ในปี 2539 ผ่านสำนักงานจัดหางานจังหวัดและหอการค้าทั่วประเทศ รวมกับข้อมูลเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรพื้นที่ 15 จังหวัด เป็นฐานข้อมูลในการคาดประมาณ สรุปตัวเลขจำนวนแรงงานต่างชาติดังกล่าวอยู่ที่ 970,903 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานพม่ามากกว่า 775,000 คน
- การคาดประมาณระดับจังหวัด เป็นการประเมินโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานจัดหางานจังหวัด หรืออุตสาหกรรมจังหวัด เช่น จังหวัดระนอง ในปี 2541 จำนวนแรงงาน 70,079 คน เป็นผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า 2,362 คน ผู้หลบหนีเข้าเมือง 15,677 คน ผู้มีใบอนุญาตทำงาน 11,815 คน ผู้ลักลอบทำงาน 40,225 คน ประเมินโดยสำนักงานจัดหางานจังหวัด จังหวัดตาก มีแรงงานต่างด้าว 83,200 คน สำรวจประเมินจากสภาอุตสาหกรรมจังหวัดร่วมกับหอการค้า จังหวัดสมุทรสาคร มีแรงงานต่างด้าว 143,892 คน ประเมินจากสมาชิกที่เป็นผู้ประกอบการของประชาคมสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร
- การคาดประมาณแรงงานเด็กต่างด้าวในประเทศไทย ในปี 2539 สามารถคาดประมาณได้จากข้อมูลสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง ที่พบจำนวนคนต่างด้าวอายุระหว่าง 0-18 ปี ที่ร้อยละ 20 และ สัดส่วนของแรงงานที่จดทะเบียนอายุระหว่าง 15-18 ปี ที่มีประมาณร้อยละ 20 มีความเป็นไปได้ที่แรงงานในกลุ่มนี้ซึ่งทำงานในโรงงานขนาดเล็ก หรือทำงานตามบ้าน จะไม่บอกอายุที่แท้จริง การคาดประมาณจำนวนเด็กต่างด้าวในประเทศไทย จึงใช้จำนวนร้อยละ 20 ของจำนวนแรงงานต่างด้าวดังกล่าวอยู่ที่ 970,903 คน มีแรงงานเด็กประมาณ 194,180 คน

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ตัวเลขจำนวนแรงงานต่างด้าวดังกล่าวของแต่ละหน่วยงานไม่ตรงกัน แตกต่างกันตามวิธีการเก็บข้อมูลและการประเมินของหน่วยงานนั้นๆ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่จัดเก็บตามลักษณะงานตามความรับผิดชอบของหน่วยงาน หรือความต้องการใช้ประโยชน์เฉพาะในพื้นที่ ไม่ครอบคลุมจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมด จึงทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลจากหน่วยงานใดอ้างอิงจำนวนประชากรต่างด้าวทั้งหมดได้

5.1 ฐานข้อมูลประชากรต่างด้าวในประเทศไทย

ปัจจุบัน มีการเก็บข้อมูลประชากรต่างด้าวในหน่วยงานหลัก 3 หน่วยงาน คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน และกระทรวงมหาดไทย ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างในเรื่องของข้อมูลที่เก็บ และวิธีการเก็บ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำสำมะโนประชากร ตั้งแต่ พ.ศ. 2503 ในทุกระยะ 10 ปี ตามข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติที่ต้องการให้ประเทศต่าง ๆ เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติเกี่ยวกับลักษณะต่าง ๆ ของประชากร และสภาพการอยู่อาศัยของประชากรในประเทศอย่างน้อยทุกระยะ 10 ปี ในปีคริสต์ศักราชที่ลงท้ายด้วย 0 เพื่อให้ข้อมูลจากสำมะโนของแต่ละประเทศสามารถเปรียบเทียบกันได้ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2513 เป็นต้นมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ จึงจัดทำสำมะโนเคหะไปพร้อมกับการทำสำมะโนประชากรด้วย

สำหรับการทำสำมะโนประชากรและเคหะครั้งล่าสุด ในปี 2553 เป็นครั้งแรกที่มีการทำสำมะโนประชากรที่ “คุ่มรวม” ประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยไว้ในแบบนับจุด (สปค.1) และแบบแจงนับ(สปค.2) ในการทำสำมะโนประชากรและเคหะในกรุงเทพมหานครและเขตเทศบาลทั่วประเทศ จะมีการแบ่งพื้นที่ออกเป็นพื้นที่ย่อยๆ เรียกว่า พื้นที่สำมะโน (Census Block) หรือ พื้นที่แจงนับ Enumeration Area ที่เรียกว่า EA โดยพื้นที่ 1 EA จะมีครัวเรือนประมาณ 150-200 ครัวเรือน และมีแผนที่กำกับว่า พื้นที่ EA นั้นอยู่ในบริเวณ เขต/อำเภอ แขวง/ตำบลใด ในจังหวัดอะไร

จากผลรายงานเบื้องต้น พบประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยในประเทศไทยทั้งหมด 3.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศ และจำนวนประมาณ 8 แสนคน อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เมื่อศึกษาลงในรายละเอียดของข้อมูลพบว่า มีจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย จำนวน 727,554 คน ซึ่งเป็นข้อมูลตามแบบนับจุดและแบบข้อมูลแจงนับพบว่า มีประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในสัดส่วน 0.48 ของประชากรทั้งหมดที่ไม่มีสัญชาติไทย เมื่อเทียบสัดส่วนแล้ว จะมีประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ จำนวน 349,025 คน

ในการทำสำมะโนประชากรและเคหะ มีข้อดี คือ สามารถนับจำนวนและรายละเอียดประชากรได้ครบทุกคนในครัวเรือนหากสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์เนื่องจากปัญหาการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล และการสื่อสารในการเก็บข้อมูลประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย

2) กระทรวงแรงงาน

กระทรวงแรงงาน โดยสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน เก็บรวบรวมข้อมูลจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวทั่วประเทศแบ่งตามรายภาคและรายจังหวัด หากพิจารณาเฉพาะกลุ่มแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ พม่า กัมพูชาและลาว จะอยู่ใน 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติเข้าเมืองผิดกฎหมาย ประเภผ่อนผันตามมติคณะรัฐมนตรี (มาตรา 13) และ 2) กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ และ 3) กลุ่มนำเข้าจากประเทศต้นทาง โดยสองกลุ่มหลังนี้ เป็นไปตามมาตรา 9 ตามบันทึกข้อตกลงระหว่างประเทศ ว่าด้วยการจ้างแรงงานต่างด้าวกับประเทศพม่า ลาวและกัมพูชา รายละเอียดในแต่ละกลุ่ม มีดังต่อไปนี้

- กลุ่มแรงงานต่างด้าวตามมติคณะรัฐมนตรี เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวเข้าเมืองผิดกฎหมาย แต่ผ่อนผันตามมาตรา 13 ตามมติคณะรัฐมนตรีปีต่อปี โดยแรงงานต้องต่ออายุแรงงานทุกปี ดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ. 2535 และเปิดกว้างการจดทะเบียนตามนโยบายจัดระบบแรงงาน ในปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ข้อมูลชุดนี้แสดงถึงจำนวนของประชากรต่างด้าวที่เป็นแรงงานได้เพียงระดับหนึ่ง ตามการผันแปรของเกณฑ์และแนวปฏิบัติในการจดทะเบียนตามมติคณะรัฐมนตรีของปีนั้นๆ เป็นหลัก ในทางปฏิบัติพบว่า แรงงานที่เข้าสู่การการต่อทะเบียนรายปีในลักษณะนี้มีจำนวนน้อยลงทุกๆ ปี อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่น้อยลงก็ไม่ได้หมายถึงจำนวนแรงงานที่น้อยลง แต่อาจหมายถึงแรงงานจำนวนมากไม่ได้จดทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งนี้พบว่า การจดทะเบียนในปี พ.ศ.2552 และ 2554 ที่รัฐบาลผ่อนผันให้แรงงานที่เข้ามาใหม่เข้าสู่ระบบการจดทะเบียนได้ จำนวนแรงงานต่างด้าวที่มาจดทะเบียนก็จะมีมากขึ้น

ตารางที่ 17 จำนวนแรงงานต่างด้าวผ่อนผันตามมาตรา 13 สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา
ในปี พ.ศ. 2547-2554

มติครม.ปี	จำนวนแรงงานที่ จดทะเบียน	ประเทศต้นทาง		
		พม่า	กัมพูชา	ลาว
2547	838,943	625,886	103,807	109,250
2548	705,293	539,416	75,804	90,073
2549	668,574	568,878	48,362	51,336
2550	532,385	485,955	24,754	51,626
2551	501,570	476,676	12,094	12,800
2552*	1,315,932	1,079,991	124,902	111,039
2553	932,255	812,984	56,479	62,792
2554*	1,136,024	841,073	197,128	97,823

* เป็นปีที่มติคณะรัฐมนตรีเปิดให้คนต่างด้าวที่ประสงค์จะทำงานแต่ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎร ให้เข้าสู่ระบบการจดทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานได้เพิ่มเติม

ที่มา:

1. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547 ทั่วประเทศ ข้อมูล ณ 15 เมษายน พ.ศ. 2548
2. สรุปผลการออกใบอนุญาตทำงานของแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ตามมติคณะรัฐมนตรี 19 ธันวาคม 2549 ระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 30 มิถุนายน 2550
3. จำนวนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ทั่วประเทศ ราชอาณาจักร สรุปปี 2551 ณ เดือนธันวาคม 2551
4. จำนวนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ทั่วประเทศ ราชอาณาจักร สรุปปี 2551 ณ เดือนมกราคม 2553
5. สรุปข้อมูลคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานทั่วประเทศ ราชอาณาจักร สำนักบริหารงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน เดือนตุลาคม 2553
6. จำนวนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ทั่วประเทศ ราชอาณาจักร ณ เดือนกันยายน 2554

- กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ เป็นกลุ่มแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับการจัดระบบตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองทั้งระบบ 7 ยุทธศาสตร์ โดยดำเนินการตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1. การจัดระบบการจ้างแรงงานต่างด้าว หลักการคือ ปรับสถานภาพแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นแรงงานเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย เปิดโอกาสให้นายจ้างนำแรงงานต่างด้าวมารายงานตัวเพื่อทำการพิสูจน์และรับรองสถานะว่า เป็นประชาชนของประเทศต้นทางจริง โดยประเทศต้นทางจะออกเอกสารการเดินทางชั่วคราวให้ได้แก่ หนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) จากนั้นก็จะได้รับใบอนุญาตทำงานใหม่เป็นเล่มปกสีน้ำเงิน มีสถานะเป็นแรงงานเข้าเมืองถูกกฎหมาย
- กลุ่มนำเข้าจากประเทศต้นทาง โดยการนำเข้านี้ ผู้ประสงค์จะมาทำงานที่ประเทศไทย จะมีหนังสือเดินทางที่ออกโดยประเทศต้นทาง ได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้ไม่เกิน 4 ปี โดยบัตรอนุญาตทำงานจะมีอายุสองปี

จำนวนสะสมของจำนวนแรงงานต่างด้าวที่พิสูจน์สัญชาติ และนำเข้าตามมาตรา 9 จึงมีค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนผ่อนผันตามมาตรา 13 ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 จำนวนแรงงานต่างด้าวมาตรา 9 และมาตรา 13 สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ในปี พ.ศ. 2554

ระบบการจดทะเบียน แรงงาน	จำนวนแรงงานที่ จดทะเบียน	ประเทศต้นทาง		
		พม่า	กัมพูชา	ลาว
ผ่อนผันรายปี (มาตรา 13)	1,136,024	841,073	197,128	97,823
พิสูจน์สัญชาติ (มาตรา 9)	483,589	374,603	60,385	48,601
นำเข้าจากประเทศต้น ทาง (มาตรา 9)	65,224	5,056	46,322	13,846
รวม	1,684,837	1,220,732	303,835	160,270

ที่มาของข้อมูล: จำนวนแรงงานต่างด้าวผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ที่ว่า
ราชอาณาจักร ณ เดือนกันยายน 2554

อนึ่ง เมื่อแรงงานในระบบผ่อนผันในมาตรา 13 ได้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว ก็จะถูกตัดจากฐานข้อมูลของจำนวนแรงงานในระบบผ่อนผันทันที แต่สำหรับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบฝ่ายการทะเบียนต่างด้าวในเดือน พฤศจิกายน 2554 ทางเจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลว่า สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยได้มีข้อตกลงกับกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ให้ส่งข้อมูลเลข 13 หลักของแรงงานต่างด้าวที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อดำเนินการคัดชื่อออกจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ณ เดือนพฤศจิกายน 2554 ทางฝ่ายการทะเบียนต่างด้าวยังไม่ได้รับข้อมูลผู้ที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติดังกล่าว หลังจากที่กระทรวงแรงงานได้ประกาศไม่ขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2555 ในเดือนมกราคม 2556 ทางผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบฝ่ายการทะเบียนราษฎรเพิ่มเติมถึงแนวทางปฏิบัติ และพบว่า ทางฝ่ายฯ กำลังอยู่ระหว่างการจัดทำเอกสารเป็นทางการต่อกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เพื่อขอข้อมูลผู้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติเพื่อคัดชื่อออกจากทะเบียนราษฎรต่อไป

จากฐานข้อมูลประชากรต่างด้าวในระบบต่างๆ พบว่า ในจำนวนต่างๆที่กล่าวมานี้ ยังไม่รวมถึงแรงงานที่ทำงานโดยไม่มีเอกสาร ผู้ติดตามแรงงาน และครอบครัวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

สำหรับกรุงเทพมหานคร มีการแบ่งย่อยพื้นที่ที่จัดเก็บข้อมูลเป็น 10 พื้นที่ ตามสำนักงานจัดหางานเขตที่ 1-10 โดยมีรายละเอียดประเภทการจดทะเบียนดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือทั่วราชอาณาจักร จำแนกตามลักษณะการเข้าเมืองและประเภทของคนต่างด้าว

จังหวัด	รวมทั้งสิ้น (คน)	เข้าเมืองถูกกฎหมาย						เข้าเมืองผิดกฎหมาย			Province
		รวม เข้าเมือง ถูกกฎหมาย (คน)	มาตรา 9				มาตรา 12 ส่งเสริมการลงทุน BOI	รวม เข้าเมือง ผิดกฎหมาย (คน)	มาตรา 13		
			ตลอดชีพ	ทั่วไป	MOU*				ชนกลุ่มน้อย	มติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาวและกัมพูชา)	
					พิสูจน์สัญชาติ	นำเข้า					
ทั่วราชอาณาจักร	1,752,100	839,913	983	73,784	642,865	95,929	26,352	912,187	25,680	886,507	The Whole Kingdom
กรุงเทพมหานคร	475,859	296,095	10	42,565	217,105	20,597	15,818	179,764	2,669	177,095	Bangkok Metropolis
ภูมิภาค	1,276,241	543,818	973	31,219	425,760	75,332	10,534	732,423	23,011	709,412	Region
บริเวณพล	383,544	157,552	-	5,482	131,745	18,784	1,541	225,992	1,281	224,711	Vicinity
ภาคกลาง	400,980	171,124	182	9,385	127,070	26,921	7,566	229,856	3,006	226,850	Central
ภาคเหนือ	156,509	57,656	25	4,773	52,059	81	718	98,853	18,256	80,597	North
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	35,826	13,053	171	2,005	7,146	3,337	394	22,773	155	22,618	North-East
ภาคใต้	299,382	144,433	595	9,574	107,740	26,209	315	154,949	313	154,636	South
กรุงเทพมหานคร	475,859	296,095	10	42,565	217,105	20,597	15,818	179,764	2,669	177,095	Bangkok Metropolis
สำนักงานบริหารแรงงานต่างด้าว	272,740	272,740	10	42,337	214,891	-	15,502	-	-	-	Office of foreign workers administration
สจก.1-10	203,119	23,355	-	228	2,214	20,597	316	179,764	2,669	177,095	Bangkok employment office
สจก. 1 (ราชดำเนิน)	7,014	568	-	27	328	189	24	6,446	141	6,305	Bangkok employment office area 1
สจก. 2 (จตุจักร)	18,814	1,911	-	48	-	1,860	3	16,903	35	16,868	Bangkok employment office area 2
สจก. 3 (นิภาวสีรังสิต)	15,199	3,922	-	98	-	3,822	2	11,277	268	11,009	Bangkok employment office area 3
สจก. 4 (บางรัก)	11,190	1,591	-	13	443	1,063	72	9,599	248	9,351	Bangkok employment office area 4
สจก. 5 (สนามบุรี)	8,285	272	-	1	-	271	-	8,013	119	7,894	Bangkok employment office area 5
สจก. 6 (พุทธมณฑล)	18,815	713	-	-	-	707	6	18,102	497	17,605	Bangkok employment office area 6
สจก. 7 (ราชบุรีบูรณะ)	39,856	3,106	-	-	294	2,812	-	36,750	316	36,434	Bangkok employment office area 7
สจก. 8 (บางนา)	23,179	2,623	-	29	-	2,485	109	20,556	266	20,290	Bangkok employment office area 8
สจก. 9 (รามอินทรา)	29,947	4,614	-	-	-	4,599	15	25,333	229	25,104	Bangkok employment office area 9
สจก.10 (มีนบุรี)	30,820	4,035	-	12	1,149	2,789	85	26,785	550	26,235	Bangkok employment office area 10

ที่มา : สำนักงานแรงงานต่างด้าว ข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2555

จากตารางดังกล่าวข้างต้น พบว่า กรุงเทพมหานคร ณ เดือนเมษายน 2555 มีจำนวนแรงงานต่างด้าวที่มาจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว จดทะเบียนใน คน 414,797 กลุ่มนี้ จำนวน 3 (เป็นผลรวมของข้อมูลจากตารางที่ 20 ในช่องมาตรา 9 ในส่วนของ MOU พิสูจน์สัญชาติและนำเข้า และมาตรา 13 ในส่วนของมติครม. 3 สัญชาติ)

ข้อดีของฐานข้อมูลแรงงานจดทะเบียน คือ เป็นแรงงานต่างด้าวที่มีตัวตนจริง แต่เป็นข้อมูลเฉพาะตัวแรงงานต่างด้าวเท่านั้น ไม่รวมถึงผู้ติดตามและครอบครัว เช่น ภรรยา หรือ ลูก ที่ไม่ได้มีการจดทะเบียนในกลุ่มนี้

4) กระบวนการพหุภาคี

กระบวนการพหุภาคี โดยสำนักงานบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ได้เก็บข้อมูลที่แรงงานข้ามชาติมารายงานตัวเพื่อรับเลข 13 หลัก (เอกสารพร. 38/1) โดยเริ่มใน พ.ศ. 2547 ตามนโยบายการจดทะเบียนประชากรต่างด้าวทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แม้ว่าจะเป็นการดำเนินการในระยะสั้น แต่ความพยายามในครั้งนั้น ทำให้มีประชากรต่างด้าวออกมารายงานตัวในระบบทะเบียนราษฎรจำนวนมาก ถือเป็นครั้งแรกที่ทำให้ภาครัฐทราบจำนวนประชากรต่างด้าว

สัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งที่มีเอกสารและไม่มีเอกสาร ซึ่งพบว่ามีประชากรต่างด้าว ทั้งแรงงาน ครอบครัว และผู้ติดตามในฐานะข้อมูลทะเบียนราษฎรทั่วประเทศไทยจำนวนถึง 1,284,920 หรือเกือบ 1.3 ล้านคน

ตารางที่ 20 จำนวนประชากรต่างด้าวตามทะเบียนราษฎร สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ปี พ.ศ. 2547

ภูมิภาค จำนวน	รวมทั้ง ประเทศ	รวมทุก ภูมิภาค	กรุงเทพ	ภาค กลาง	ภาค ตะวันออก	ภาค ตะวันตก	ภาค เหนือ	ภาค ตะวันออก เฉียงเหนือ	ภาค ใต้
แรงงาน ต่างด้าว	884,387	680,750	163,637	204,255	104,081	52,511	133,193	15,889	170,884
ผู้ติดตาม/ ครอบครัว	400,533	386,717	44,955	76,337	49,316	28,291	140,547	36,868	64,245
รวม	1,284,920	1,067,467	208,503	280,592	153,397	80,802	273,740	52,757	235,129

- ที่มา: 1. แบบรายงานและรายงานตัวแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ปี 2547 (ตท .1) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย วันที่ 4 ตุลาคม พ .ศ.2547
2. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานต่างด้าว การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547 ทั่วประเทศ ข้อมูล ณ 15 เมษายน พ.ศ. 2548

การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในฝ่ายการทะเบียนต่างด้าว สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ทางโทรศัพท์เพิ่มเติมในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 พบว่า การจัดเก็บข้อมูลทะเบียนราษฎรรายปีนั้น เป็นลักษณะข้อมูลประชากรรายใหม่ โดยในแต่ละปี หากรัฐมีนโยบายการเปิดกว้างจดทะเบียนแรงงาน ก็จะมีคนต่างด้าวเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรเพิ่มเติม รวมทั้งเด็กต่างด้าวเกิดใหม่ในประเทศไทยที่มีการแจ้งเกิดในปีนั้นๆด้วย ทั้งนี้ หากแรงงานมีการย้ายออกจากพื้นที่ โดยทั่วไปเจ้าบ้านคนไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนายจ้างจะดำเนินการแจ้งย้ายออกจากทะเบียนราษฎรเสมอ ยกเว้นในกรณีที่แรงงานและผู้ติดตามขึ้นทะเบียนในทะเบียนบ้านกลาง ในกรณีนี้พบว่าหากไม่มีการแจ้งย้ายออก ข้อมูลก็ยังปรากฏในทะเบียนราษฎร

สำหรับผู้ติดตามและครอบครัวของแรงงาน นโยบายอนุญาตให้จดทะเบียนราษฎรได้ในปี พ.ศ. 2547 และ พ.ศ. 2549 เท่านั้น แต่หลังปี พ.ศ. 2550 รัฐไม่อนุญาตให้ผู้ติดตามจดทะเบียนราษฎร ดังนั้นแม้ว่าจะมีประชากรกลุ่มนี้ในชุมชนก็ตาม รวมทั้งแรงงานที่ทำงานในประเทศไทยแต่เข้าสู่ระบบการจดทะเบียนไม่ได้และทำงานอย่างผิดกฎหมาย หรือแรงงานที่นำเข้าใหม่ตามบันทึกช่วยจำด้านแรงงานระหว่างประเทศ หรือแรงงานตามมาตรา 9 ก็ไม่ปรากฏชื่อในทะเบียนราษฎรด้วย

จากนโยบายการจัดระบบแรงงานต่างด้าวดังกล่าว จำนวนประชากรต่างด้าวสะสมสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ในทะเบียนราษฎร เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 – พ.ศ. 2554 แสดงไว้ในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนประชากรต่างด้าวในทะเบียนราษฎร กรุงเทพมหานคร ปี 2547-2554

พ.ศ.	2547	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
จำนวน	171,375	995	34,322	1,299	15,637	200,049	2,458	175,978
รวม	602,113							

ที่มา : ทะเบียนราษฎร (ทร. 38/1) ประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชา ปี2547-2554 กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2554

จะเห็นว่า วิธีการจัดเก็บข้อมูลทะเบียนราษฎร เป็นจัดเก็บข้อมูลของทั้งแรงงานต่างด้าวและผู้ติดตามที่เป็นประชากรรายใหม่ ทั้งในทะเบียนบ้านและทะเบียนกลาง เป็นข้อมูลสะสม ซึ่งอาจจะมีการนับซ้ำหากมีการจดทะเบียนใหม่ โดยไม่ได้แจ้งย้ายออกจากทะเบียนเดิม สำหรับผู้ติดตามและครอบครัวของแรงงาน มีการจดทะเบียนราษฎรเพียง 2 ปี คือ ปี 2547 และ ปี 2549 เท่านั้น ดังนั้น จำนวนประชากรข้ามชาติจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรจำนวน 602,113 คน จึงไม่ครอบคลุมประชากรต่างด้าวทั้งหมดเช่นกัน

จากวิธีการจัดเก็บและข้อจำกัดของฐานข้อมูลต่างๆ ที่จัดเก็บข้อมูลเพียงบางส่วน อาจกล่าวได้ว่าข้อมูลประชากรข้ามชาติที่มีอยู่ในฐานข้อมูลปัจจุบัน ยังไม่สามารถรวบรวมจำนวนประชากรต่างด้าวทั้งหมดทั้งในประเทศไทย และ กรุงเทพมหานครได้ การศึกษานี้ จึงมุ่งศึกษาเพื่อคาดประมาณประชากรต่างด้าวอย่างเป็นระบบที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด โดยศึกษานำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ข้อมูลปฐมภูมิมาจากการเก็บข้อมูลประชากรตามวิธีการสำมะโนประชากรและเคหะ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสุ่มเลือกพื้นที่จากพื้นที่ที่ทำการสำมะโนประชากรและเคหะในปี 2553 และข้อมูลทุติยภูมิ ที่เลือกใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลจากการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ของสำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน มาใช้เป็นตัวเลขในการคาดประมาณประชากรต่างด้าวที่อพยพมาจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ในกรุงเทพมหานคร

5.2 วิธีการคาดประมาณประชากรต่างด้าว

วิธีการคาดประมาณประชากรต่างด้าวในการศึกษานี้ เป็นการคาดประมาณจากข้อมูลที่มีอยู่ คือข้อมูลรายละเอียดประชากรจากพื้นที่กรุงเทพมหานคร 21 EA ในรายละเอียดของสัดส่วนผู้มีและไม่มีบัตรประจำตัว และสัดส่วนประชากรในช่วงอายุต่างๆ มาคาดประมาณ ร่วมกับข้อมูลการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ซึ่งจะใช้เป็นฐานในการคำนวณหาจำนวนประชากรในการคาดประมาณนี้ และข้อมูลที่ได้จากการคาดประมาณจะนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลแรงงานต่างด้าวของหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เรียกว่า Triangulation ในรูปแบบของการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) และวิธีการเก็บข้อมูล (Method Triangulation)

ในการศึกษานี้ เลือกใช้จำนวนแรงงานต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลจากการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว ณ เดือนเมษายน 2555 ที่มีจำนวน 414,797 คน เป็นค่าน้อยที่สุดของการคาดประมาณ เพราะเป็นข้อมูลจดทะเบียนที่มีการยืนยันการมีตัวตนจริงของแรงงานต่างด้าวทั้ง 3 สัญชาติ เหตุผลในการเลือกชุดข้อมูลในเดือนเมษายน 2555 เพราะเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับที่ทำการเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรต่างด้าวภาคสนาม

แนวทางในการคาดประมาณ เป็นดังต่อไปนี้

- (1) เริ่มต้นจากกำหนดฐานจำนวนประชากรต่างด้าวที่ใช้ในการคำนวณ โดยเลือกใช้จำนวนแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติที่จดทะเบียนในกรุงเทพมหานครของกระทรวงแรงงาน ให้เป็นค่าน้อยที่สุดของการคาดประมาณ คือ 414,797 คน
- (2) เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้มีบัตรและไม่มีบัตรแล้ว พบว่าการไม่ตอบคำถามข้อนี้ มีไม่ถึงร้อยละ 2 ของประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ จึงสามารถใช้สัดส่วนของผู้มีบัตรและไม่มีบัตรจากการสำรวจ 21 พื้นที่ เพื่อนำมาคำนวณหาค่าปานกลาง และค่ามากที่สุดของจำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ ในกรุงเทพมหานคร โดยสัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรจากการสำรวจ ร้อยละ 88.18 จะใช้ในการคำนวณหาข้อมูลจำนวนแรงงานต่างด้าวที่เป็นค่ากลาง และสัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรน้อยที่สุดจากการสำรวจ ร้อยละ 64.29 จะใช้ในการคำนวณหาข้อมูลจำนวนแรงงานต่างด้าวระดับมากที่สุด
- (3) ใช้สัดส่วนของจำนวนประชากรต่างด้าวที่อายุต่ำกว่า 15 ปี คือร้อยละ 5.74 ที่ได้จากการสำรวจในการศึกษานี้ (ดูตารางที่ 6 ในบทที่ 4) นำมาคำนวณหาจำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติทั้งหมด (ทั้งที่เป็นแรงงานและเด็ก) และจำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ในกรุงเทพมหานคร

จำนวนคาดประมาณประชากรต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว กัมพูชา ในกรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้ จะคาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าว 3 ระดับ คือ น้อยที่สุด ปานกลาง และมากที่สุด โดยมีรายละเอียดดังนี้

จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติจากการคาดประมาณระดับน้อยสุด

จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ 414,797 คนนี้ เป็นจำนวนประชากรที่มีบัตรประจำตัวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ดังนั้น หากจะคาดประมาณประชากร 3 สัญชาติทั้งหมด รวมถึงประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย สามารถคาดประมาณโดยใช้สัดส่วนประชากร 3 สัญชาติ ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้จากการเก็บข้อมูล คือ ร้อยละ 5.74 มาคำนวณ ซึ่งทำให้ได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติทั้งหมดในระดับปานกลาง คือ 414,797 คน หาดด้วย (1-5.74%) เท่ากับ 440,056 คน และจะได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จากจำนวนประชากรต่างด้าวทั้งหมด 440,056 คน ลบด้วยแรงงานต่างด้าว 414,797 คน เท่ากับ 25,259 คน

ค่าต่ำที่สุดจากการคาดประมาณประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติระดับต่ำสุด มีจำนวน 440,056 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 414,797 คน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 25,259 คน

จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติจากการคาดประมาณ ระดับปานกลาง

การคาดประมาณประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในระดับปานกลาง จะใช้สัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรประจำตัวจากการสำรวจ คือ ร้อยละ 88.18 มาคำนวณจำนวนประชากร โดยใช้จำนวนประชากร 3 สัญชาติที่จดทะเบียน คือ จำนวน 414,797 คน เป็นฐานในการคำนวณ ค่ากลางของการคาดประมาณ จะเท่ากับ จำนวนแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียน หาดด้วย สัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรจากการสำรวจ จะได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในระดับปานกลาง เท่ากับ 414,797 คน หาดด้วย 88.18% ซึ่งเท่ากับ 499,057 คน จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ 499,057 คนนี้ เป็นจำนวนประชากรที่มีบัตรประจำตัวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

ดังนั้น หากจะคาดประมาณประชากร 3 สัญชาติทั้งหมด รวมถึงประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย จะสามารถคาดประมาณโดยใช้สัดส่วนประชากร 3 สัญชาติ ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้จากการเก็บข้อมูล คือ ร้อยละ 5.74 มาคำนวณ จะได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติทั้งหมดในระดับปานกลาง คือ 527,716 คน หาดด้วย (1-5.74%) เท่ากับ 497,407 คน และจะได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จากจำนวนประชากรต่างด้าวทั้งหมด 527,716 คน ลบด้วยแรงงานต่างด้าว 499,057 คน เท่ากับ 28,659 คน

ค่ากลางจากการคาดประมาณประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติระดับปานกลาง มีจำนวน 527,716 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 499,057 คน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 28,659 คน

จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติจากการคาดประมาณระดับมากที่สุด

การคาดประมาณประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในระดับมากที่สุด จะใช้สัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรประจำตัวน้อยที่สุดจากการสำรวจ คือ ร้อยละ 64.29 มาคำนวณจำนวนประชากร โดยใช้จำนวนประชากร 3 สัญชาติที่จดทะเบียน คือ จำนวน 414,797 คน เป็นฐานในการคำนวณ ค่ามากที่สุดของการคาดประมาณ จะเท่ากับ จำนวนแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียน หารด้วย สัดส่วนของผู้ที่มีบัตรที่น้อยที่สุดจากการสำรวจ จะได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในระดับมากที่สุด เท่ากับ 414,797 คน หารด้วย 64.29 % ซึ่งเท่ากับ 645,197 คน จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติ 645,197 คน นี้ เป็นจำนวนประชากรที่มีบัตรประจำตัวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

ดังนั้น หากจะคาดประมาณประชากร 3 สัญชาติทั้งหมด รวมทั้งประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย จะสามารถคาดประมาณโดยใช้สัดส่วนประชากร 3 สัญชาติ ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้จากการเก็บข้อมูล คือ ร้อยละ 5.74 มาคำนวณ ทำให้ได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติทั้งหมดในระดับมากที่สุด คือ 645,197 คน หารด้วย (1-5.74%) เท่ากับ 684,486 คน และจะได้จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จากจำนวนประชากรต่างด้าวทั้งหมด 684,486 คน ลบด้วยแรงงานต่างด้าว 645,197 คน เท่ากับ 39,289 คน

ค่ามากที่สุดจากการคาดประมาณประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติระดับมากที่สุด มีจำนวน 684,486 คน เป็นประชากรที่เป็นแรงงาน 645,197 คน และเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 39,289 คน

กล่าวโดยสรุป จำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในกรุงเทพมหานคร จากการคาดประมาณอย่างเป็นระบบด้วยแนวทางดังกล่าว อยู่ในช่วงประมาณ 4 แสน ถึง 7 แสนคน โดยมีค่ากลางที่ 5 แสนคน

ตารางที่ 22 สรุปผลการคาดประมาณจำนวนประชากร 3 สัญชาติ (พม่า กัมพูชา ลาว) ในกรุงเทพมหานคร

ระดับ	จำนวนคาดประมาณ	ที่มาของการคาดประมาณ
มากที่สุด	684,486 คน (อายุมากกว่า 15 ปี 645,197 คน อายุต่ำกว่า 15 ปี 39,289 คน)	คำนวณจากข้อมูลสัดส่วนการมีบัตรประจำตัว และช่วงอายุของประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในกรุงเทพมหานครจากการเก็บข้อมูล
ปานกลาง	527,716 คน (อายุมากกว่า 15 ปี 499,057 คน อายุต่ำกว่า 15 ปี 28,659 คน)	คำนวณจากข้อมูลสัดส่วนการมีบัตรประจำตัว และช่วงอายุของประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในกรุงเทพมหานครจากการเก็บข้อมูล
น้อยที่สุด	440,056 คน (อายุมากกว่า 15 ปี 414,797 คน อายุต่ำกว่า 15 ปี 25,259 คน)	จำนวนประชากรต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในกรุงเทพมหานคร ในเดือนเม.ย. 55 และช่วงอายุของประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในกรุงเทพฯ จากการเก็บข้อมูล

5.3 ข้อจำกัดและข้อสังเกต

การคาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าว 3 สัญชาติในกรุงเทพมหานครจากการศึกษานี้ พบข้อสังเกตและข้อจำกัดบางประการดังต่อไปนี้

- การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ด้วยกรอบระยะเวลา และงบประมาณที่จำกัด ทำให้มี EA ที่สุ่มเก็บข้อมูลมีจำนวนค่อนข้างน้อยเพียง 21 EA จากจำนวนทั้งหมดเกือบสองหมื่น EA ข้อมูลสัดส่วนของผู้มีบัตรประจำตัว และสัดส่วนช่วงอายุของประชากรต่างด้าวที่เป็นแรงงาน อาจมีความคลาดเคลื่อนจากประชากรต่างด้าวทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ทำให้ค่าคาดประมาณประชากรต่างด้าวมีความคลาดเคลื่อนได้
- คำถามเรื่องการมีเอกสารประจำตัว เป็นคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหวสำหรับประชากรต่างด้าว ในแบบสอบถามที่เก็บข้อมูล คำถามเรื่องบัตรเป็นคำถามต้นๆ ซึ่งผู้ตอบอาจจะไม่ตอบตามความเป็นจริงเนื่องจากยังไม่ไว้วางใจ นอกจากนี้การที่ผู้ตอบถือครองบัตรมากกว่า 1 ใบ และจำนวนมากไม่สามารถแสดงบัตรได้เนื่องจากปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้สัมภาษณ์มีความสับสน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้การคาดประมาณประชากรมีความคลาดเคลื่อนได้ การถามประชากรต่างด้าวเรื่องการมีบัตร จึงควรจะต้องเก็บไว้เป็นคำถามท้ายๆ เมื่อเกิดความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ถามผู้ตอบแล้ว รวมทั้งควรเก็บรายละเอียดของบัตรทุกประเภท เพื่อนำมาพิจารณาความเข้าข่ายของการจดทะเบียนแรงงานในฐานข้อมูล
- อย่างไรก็ตาม การศึกษาและการคาดประมาณประชากรต่างด้าว ถือเป็นการคาดประมาณประชากรต่างด้าวอย่างเป็นระบบครั้งแรกในประเทศไทย ที่ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเองอย่างละเอียด และข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือมาคาดประมาณ จำนวนประชากรต่างด้าวจากการคาดประมาณ จึงเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลในเรื่องประชากรต่างด้าวของประเทศไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งหมด
- มีข้อสังเกตว่า การศึกษานี้พบแรงงานต่างด้าวที่มีสัดส่วนการมีบัตรอนุญาตทำงานค่อนข้างสูง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 88.18 ผลการศึกษานี้บ่งชี้ได้ว่า เนื่องจากกรุงเทพมหานครมีเครือข่ายประชากรต่างด้าวที่เข้มแข็งและอยู่อาศัยมาพอสมควร ทำให้สามารถกระจายข่าวสาร และให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในเรื่องการจดทะเบียนแรงงานได้เป็นอย่างดี ประกอบกับการที่กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารในด้านนี้โดยตรง ดังนั้น แรงงานที่เดินทางเข้าประเทศไทยครั้งแรก ก็จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือในการจดทะเบียนแรงงานจากเครือข่ายฯ ดังกล่าว นอกจากนี้ กรุงเทพมหานคร ยังเป็นจังหวัดชั้นในที่มีแรงงานต่างด้าวที่มีประสบการณ์การทำงานจากจังหวัดอื่นมาก่อน หรือผ่านการทำงานตามขอบชายแดนมาแล้ว พูดภาษาไทยพอได้ นิยมเดินทางมาทำงานซึ่งคนเหล่านี้ก็มักคุ้นเคยกับการจดทะเบียนมาก่อนแล้ว จึงทำให้มีสัดส่วนของผู้มีบัตรสูง หากพิจารณาในประเด็นนี้ ความเป็นไปได้ที่สัดส่วนแรงงานต่างด้าวที่มีบัตร จะแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ โดยอาจมีสัดส่วนของการมีบัตรแรงงานต่ำกว่าค่าเฉลี่ยในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

5.4 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ในภาพรวม ผลการศึกษานี้ได้รับการตอบรับในทางบวกจากเวทีเสนอผลการศึกษาวិจัยเบื้องต้น ในวันที่ 26 กันยายน 2555 ที่โรงแรมเดอะสุโกศล หลายฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่า การศึกษานี้ นับเป็นจุดเริ่มต้น และตัวอย่างที่ดีในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการใช้ข้อมูลและทำงานร่วมกัน โดยเป็นความพยายามในการหาวิธีการและกระบวนการคาดประมาณ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับจังหวัดอื่นๆ ได้ ในภาพรวมของการศึกษาวิจัยในด้านการคาดประมาณ จึงมีข้อสรุปและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- 1) วิธีการและแนวทางการคาดประมาณประชากรต่างด้าวในการศึกษานี้ที่ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ต้องการคาดประมาณเพื่อหาสัดส่วนผู้มีบัตรและไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน รวมทั้งสัดส่วนประชากรแยกตามช่วงอายุ และข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลแรงงานต่างด้าวที่จดทะเบียนของกระทรวงแรงงาน เป็นแนวทางคาดประมาณประชากรต่างด้าวอย่างเป็นระบบแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ แต่ทั้งนี้ ไม่สามารถนำสัดส่วนผู้มีบัตรและไม่มีบัตร และสัดส่วนประชากรต่างด้าวที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จากการศึกษาที่เป็นตัวเลขสัดส่วนของประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร ไปใช้คาดประมาณประชากรต่างด้าวในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ ได้ เพราะประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร มีลักษณะเฉพาะที่อาจจะแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ
- 2) ในระดับจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดที่มีการใช้ประชากรต่างด้าวเข้มข้นติด 10 อันดับแรกของประเทศ ควรมีการลงทุนเพื่อศึกษาการคาดประมาณประชากรต่างด้าว เพื่อให้ทราบจำนวนประชากรต่างด้าวที่ใกล้เคียงความเป็นจริงที่สุดสามารถใช้วิธีการและแนวทางเดียวกันกับการศึกษาวิจัยนี้ เพื่อเก็บข้อมูลประชากรต่างด้าวในจังหวัดนั้นๆ ให้ได้ ข้อมูลสัดส่วนของผู้มีบัตรและไม่มีบัตร และช่วงอายุของประชากรเพื่อคาดประมาณประชากร โดยใช้ข้อมูลแรงงานจดทะเบียนของแต่ละจังหวัดเป็นฐานในการคำนวณในการเก็บข้อมูล การสำรวจภาคสนามควรให้ผู้ปฏิบัติภาคสนามที่สามารถสื่อสารภาษาเดียวกันกับประชากรต่างด้าวด้วย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือและได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงที่สุด ที่จะสามารถนำมากำหนดนโยบายและการวางแผนทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และระบบบริการสุขภาพในระดับจังหวัด ได้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้ ผู้ศึกษาและผู้นำข้อมูลไปใช้ควรเข้าใจข้อเท็จจริงที่ว่าประชากรต่างด้าวนี้นับเป็นกลุ่มเคลื่อนย้ายและอาจมีจำนวนเปลี่ยนแปลงได้ตลอด อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนั้น การศึกษาเพื่อการคาดประมาณนี้ จึงควรคำนึงถึงบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบายการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าว สภาพเศรษฐกิจ ลักษณะการจ้างงานของพื้นที่ เป็นต้น
- 3) การเก็บข้อมูลภาคสนามพบความยากในการเข้าถึงข้อมูลการมีบัตร เนื่องจากเป็นประเด็นละเอียดอ่อน ประกอบกับการพบการแสดงบัตรหลายประการ เช่น แรงงานต่างด้าวที่มีบัตร แต่ไม่สามารถแสดงบัตรได้เพราะนายจ้างยึดบัตรไว้ อีกทั้ง บัตรแรงงานของรอบจดทะเบียนแรงงานในปี 2554 ในช่วงที่ทำการศึกษา กระทรวงแรงงานยังไม่ออกบัตรจริงให้ มีเพียงแต่บัตรชั่วคราว อย่างไรก็ตาม คำถามเรื่องการมีบัตรนั้นมีความละเอียดอ่อน การสัมภาษณ์ในอนาคตจึงควรใส่ข้อคำถามนี้ไว้ในตอนท้ายของแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจผู้สัมภาษณ์แล้ว

ข้อค้นพบและบทวิเคราะห์ด้านอนามัยแม่และเด็ก

บทนี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจต่อประเด็นและบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็กของครอบครัวต่างด้าวจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา รวมทั้งการเข้าถึงและความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคเด็กในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาระบบให้บริการสุขภาพ ให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

การศึกษาในด้านอนามัยแม่และเด็กนี้ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากทุกครัวเรือนใน EA ที่สุ่มสำรวจ ที่มีกลุ่มเป้าหมายหญิงต่างด้าวสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชาอาศัยอยู่ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผนโดยใช้แบบสอบถามสองภาษา (ภาษาไทย-พม่า) หลังจากได้วิเคราะห์ผลการศึกษาค้นคว้าเชิงปริมาณในเบื้องต้นแล้ว ได้ประมวลประเด็นที่น่าสนใจเพื่อทำการศึกษาค้นคว้าเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มผู้หญิงต่างด้าว (ดูแนวทางในการสนทนากลุ่มในเอกสารแนบที่ 3)

ผลจากการทำสำมะโนประชากรต่างด้าวในพื้นที่สุ่มสำรวจ พบประชากรสัญชาติพม่ามากที่สุดร้อยละ 84.4 รองลงมาคือ กัมพูชาและลาว ร้อยละ 11.0 และ 4.6 ตามลำดับ ในส่วนของหญิงต่างด้าวที่มีการอาศัยอยู่เป็นคู่ พบว่ามีสัญชาติพม่ามากที่สุดเช่นกัน คือ ร้อยละ 87.5 ส่วนกัมพูชาและลาว พบเพียงร้อยละ 8.0 และ 4.5 เท่านั้น ทั้งนี้ ในพื้นที่ทำการสุ่มสำรวจ ไม่พบว่ามีหญิงต่างด้าวสัญชาติกัมพูชาและลาว ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาเชิงคุณภาพจึงมุ่งศึกษาไปที่กลุ่มหญิงต่างด้าวที่อพยพมาจากประเทศพม่าเท่านั้น

ในการศึกษาครอบครัวกลุ่มเป้าหมายผู้หญิงต่างด้าวที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ โดยใช้เกณฑ์ที่อายุต่ำกว่า 50 ปี เพื่อให้ครอบคลุมผู้หญิงต่างด้าวที่มีสถานะการอยู่อาศัยเป็นคู่ที่มีบุตรได้มากที่สุด รวมทั้งสิ้น 478 คน พบว่า กลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ยที่ 29.6 ปี อายุสูงสุด 42 ปี และน้อยที่สุด 18 ปี ประเด็นการศึกษาในกลุ่มนี้ได้แก่ การคุมกำเนิด ความเห็นต่อการมีลูกในประเทศไทย ความเข้าใจในเอกสารการเกิด การเกิดและอาศัยอยู่ของบุตรในประเทศไทยและประเทศต้นทาง

ในจำนวนกลุ่มผู้หญิงต่างด้าวที่มีสถานะอยู่อาศัยเป็นคู่นี้ มีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะตามแนวทางการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็กของกองทุนเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations' Children Fund: UNICEF) โดยแต่ละกลุ่มมีประเด็นที่ศึกษา และจำนวนที่สัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

1. ผู้หญิงต่างด้าววัยที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ มีบุตรอายุ 0-15 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 135 คน เพื่อศึกษาเรื่องการรับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ
2. ผู้หญิงต่างด้าวที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ มีบุตรอายุ 0-2 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 86 คน เพื่อศึกษาประเด็นการฝากท้อง การคลอดและการให้นมบุตร การรับวัคซีนพื้นฐาน และการดูแลเมื่อลูกเจ็บป่วย

3. ผู้หญิงต่างด้าวที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ มีบุตรอายุ 2-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 39 คน เพื่อศึกษาประเด็นการรับวัคซีนต่อเนื่อง การเลี้ยงดูบุตร และการดูแลเมื่อลูกเจ็บป่วย

หลังจากที่ได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในเบื้องต้น ได้นำผลมากำหนดประเด็นที่ศึกษาเจาะลึกเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มคือ การมีลูกและการคุมกำเนิด การฝากท้องและเลี้ยงดูบุตร การรับวัคซีนเด็ก และการเคลื่อนย้ายเด็กระหว่างประเทศ โดยเลือกผู้หญิงต่างด้าวที่มีลูกอายุระหว่าง 0-2 ปีเป็นหลัก ได้มีการจัดกลุ่มสนทนากลุ่มผู้หญิงต่างด้าวจำนวน 4 กลุ่ม รวม 32 คน

โดยเลือกพื้นที่การศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่า มีหญิงต่างด้าวที่มีบุตรอาศัยอยู่ในประเทศไทยจำนวนมากใน 4 พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนซอยม่วงสกุล ชุมชนซอยท่าข้าม ชุมชนตลาดบางแค และ ชุมชนประชาอุทิศ ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนามีชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ได้แก่ มอญ 9 คน พม่า 8 คน และกะเหรี่ยง 1 คน ทั้งหมดนี้นับถือศาสนาพุทธ นอกจากนี้ยังมีผู้หญิงไทย 8 คน นับถือศาสนาอิสลาม และกลุ่มเนปาลี 6 คน นับถือศาสนาฮินดู รวมทั้งสิ้น 32 คน

นอกจากการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่มีลูกอายุ 0-2 ปีแล้ว ประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้หญิง ยังได้ขยายความเข้าใจที่มากขึ้น โดยการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ชายต่างด้าวที่แต่งงานมีลูกในประเทศไทยจำนวน 1 กลุ่ม รวม 7 คน อายุเฉลี่ย 33.6 ปี มีลูก 1-2 คน ชาติพันธุ์ ไทย ยะไข่ และพม่า ทั้งหมดนี้นับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ในชุมชนซอยม่วงสกุล ครอบคลุมประเด็นการตัดสินใจมีลูกในประเทศไทย การมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิด และบทบาทของผู้ชายในเรื่องการดูแลภรรยาเมื่อตั้งครรภ์ คลอดลูก การเลี้ยงดูและวัคซีนเด็ก

6.1 การคุมกำเนิดและการตัดสินใจมีบุตร

ข้อค้นพบการคุมกำเนิดและการตัดสินใจมีบุตร ได้มาจากกลุ่มเป้าหมายผู้หญิงต่างด้าวที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ 478 คน ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ผู้หญิงที่ตอบแบบสอบถามหรือร้อยละ 96.4 อาศัยอยู่ด้วยกันกับคู่ของตนเองที่ชุมชนเดียวกัน มีแยกกันอยู่ต่างเขตในกรุงเทพมหานคร ต่างจังหวัด หรือประเทศต้นทางเพียง 8 ราย ในช่วงของการสำรวจ ผู้หญิงกลุ่มนี้กำลังตั้งครรภ์อยู่ 30 ราย (ไม่ตอบ 5 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.3) และมีบุตรแล้ว 331 ราย (ไม่ตอบ 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.6)

แม้ว่าการศึกษาเชิงคุณภาพจะพบว่า การตัดสินใจมีบุตรนั้นส่วนใหญ่ หรือ ร้อยละ 89.6 เป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างสามีและภรรยา และยังพบว่าแรงจูงใจหลักของการอาศัยอยู่ในประเทศไทย คือเหตุผลทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้ต้องการหางานหาเงินมากกว่ามีลูกในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม พบว่าด้วยวัยและร่างกายที่อยู่ในภาวะเจริญพันธุ์ ทำให้กลุ่มผู้หญิงต่างด้าวจำนวนมากตัดสินใจมีลูกที่ประเทศไทย เพราะคิดว่าอายุสมควรที่จะมีลูกแล้ว หากชะลอการมีบุตรไปก่อนอาจเลยวัยที่จะมีลูกได้ ประกอบกับการอยู่ที่ประเทศไทยทำให้มีงานทำ มีรายได้ มีเงินเพียงพอจะคลอดและเลี้ยงดูบุตรได้ ซึ่งพบว่าประเด็นในด้านระบบบริการสาธารณสุขที่นั่นไม่ใช่แรงจูงใจที่สำคัญนักในการตัดสินใจมีบุตรในประเทศ

ไทย สำหรับในกลุ่มผู้ชายต่างดาว การตัดสินใจมีลูกเป็นการตัดสินใจร่วมกัน โดยคู่สมรสการเงินของครอบครัวเป็นหลัก ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการคลอดลูกที่โรงพยาบาลในประเทศไทยนั้นราคาถูกกว่าในประเทศต้นทาง ทำให้ตัดสินใจมีลูกที่นี่

นอกจากนี้ กลุ่มที่มีบุตรในปัจจุบัน ยังพบว่าเป็นผลมาจากการคุมกำเนิดที่ผิดพลาดด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดแผงซึ่งเป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมใช้กันมากที่สุด แต่ก็มีประสิทธิภาพการคุมกำเนิดไม่สูงนัก กล่าวคือประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดด้วยยาคุมแผงชนิดเม็ด เมื่อใช้ถูกต้องสมบูรณ์คือ 99.7% และเหลือเพียง 92.0% สำหรับการใช้โดยทั่วไป¹⁹ เนื่องจากพบข้อผิดพลาดจากการใช้ได้ง่ายเพราะเป็นการกินรายวันและโอกาสลืมมีสูงมาก

ผลสอบถามด้านการคุมกำเนิดพบว่า หญิงต่างดาวที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์ มีการคุมกำเนิดในปัจจุบันถึงร้อยละ 72.2 ด้วยยาคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 72.3) รองลงมาคือยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 18.9) วิธีการอื่นๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อยมาก และพบว่า ไม่มีผู้ตอบว่าใช้การคุมกำเนิดด้วยยาฝัง และหมั้นชาย ดังแสดงผลรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 23 การคุมกำเนิดในปัจจุบัน และวิธีการคุมกำเนิด

ผู้หญิงที่สัมพันธ์ ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (N=448)	การคุมกำเนิดในปัจจุบัน		
	ไม่ได้ คุมกำเนิด	มีการ คุมกำเนิด	ร้อยละของวิธีการคุมกำเนิดที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=319)
จำนวน (n = 442 ไม่ตอบ 6 ราย)	123	319	1. ยาคุมกำเนิด ร้อยละ 72.3 (30) 2. ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 18.9 (60) 3. ทำหมันหญิง ร้อยละ 4.1 (13)
ร้อยละ	27.8	72.2	4. ห่วงอนามัย ร้อยละ 2.5 (8) 5. งดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 0.9 (3) 6. หลั่งข้างนอก ร้อยละ 0.3 (1) 7. ถูยางอนามัย ร้อยละ 0.6 (2)

¹⁹ optionsforsexualhealth.org, เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2555

การศึกษาเชิงปริมาณพบว่า การตัดสินใจคุมกำเนิด เป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างสามีและภรรยาถึงร้อยละ 74.0 แต่บทบาทหลักอยู่ที่ผู้หญิงว่าจะใช้วิธีการใด การที่ผู้หญิงเลือกกินยาเม็ดคุมกำเนิด เพราะว่าสะดวก ซื้อหาง่าย และปลอดภัย ส่วนยาฉีดคุมกำเนิด พบมากในหญิงหลังคลอดตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากเป็นยาฮอร์โมนเดี่ยวสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แต่ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า อุปสรรคในการใช้ยาคุมกำเนิดทั้งสองแบบ กล่าวคือ ยาคุมกำเนิดส่งผลข้างเคียงทำให้น้ำหนักขึ้น ประกอบกับพบปัญหาลืมกินยาค่อนข้างมาก และมีความรับรู้จำกัดในเรื่องการจัดการเมื่อลืมกินยา เช่น หากลืมกินเกิน 2 เม็ดควรจัดการอย่างไร ซึ่งคำแนะนำโดยทั่วไปในกรณีลืมกินยาคุม 2 เม็ดขึ้นไปคือ ให้เลิกกินยาแผงนั้นไป จนกว่าประจำเดือนจะมาจึงเริ่มแผงใหม่ ระหว่างนั้นให้ใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็ไม่มีหญิงต่างด้าวในการสนทนากลุ่มมีองค์ความรู้ในเรื่องนี้เลย และเมื่อลืมกินยาคุมกำเนิด ก็จะปล่อยไปโดยไม่แก้ไข ทั้งนี้พบว่า แม่ลูกอ่อนที่สนทนากลุ่มจำนวนหนึ่งที่กล่าวว่าลูกคนปัจจุบันเกิดมาเพราะว่าตนเองลืมกินยาคุม

จากการศึกษาประเด็นนี้จากฝ่ายชาย พบว่า ฝ่ายชายมีบทบาทเพียงให้ผู้หญิงไปหาวิธีการคุมกำเนิดหากยังไม่ต้องมีการมีบุตร แต่การคุมด้วยวิธีการไหน อย่างไร การจัดการเมื่อใช้ผิดพลาด และอาการข้างเคียง เป็นหน้าที่ของฝ่ายหญิงทั้งหมด ฝ่ายชายไม่มีองค์ความรู้ในเรื่องยาคุมกำเนิดเลย ถ้าหากคู่ของตนลืมกินยา ก็คิดจะแก้ปัญหาโดยงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ไปเลย การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างนั้นเพื่อป้องกันเป็นความรู้ที่ไม่มีในกลุ่มผู้ชายเลย และอาจเป็นไปได้ยากเนื่องจากความรู้ต่อถุงยางคือใช้ป้องกันโรคกรณีไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ไม่ได้มีไว้ใช้กับภรรยา และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดกับภรรยา หากมีการผิดพลาด ฝ่ายชายก็เพียงยอมรับเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมา สำหรับวิธีการคุมกำเนิดอื่นๆ ที่ใช้ได้ แต่ได้ผลน้อย ได้แก่ การหลังถายนอก และการนบระยะปลอดภัย ผู้ชายที่สนทนากลุ่มไม่มีความรู้ในเรื่องนี้เลย บางรายเคยได้ยินมาบ้าง แต่ไม่ทราบว่าเป็นอย่างไร นอกจากนี้ พบว่าผู้ชายไม่มีความเข้าใจในกลไกการปฏิสนธิ คิดว่าหลังข้างใน/ข้างนอก หรือ มีเพศสัมพันธ์เมื่อไรก็ทำให้ผู้หญิงท้องได้

ในส่วนของการคุมกำเนิด พบผลข้างเคียงเรื่องมีเลือดออกกระปริดกระปรอยตลอดเวลา ซึ่งผลข้างเคียงในส่วนนี้มักส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เลิกมีเพศสัมพันธ์ไปโดยสิ้นเชิง อย่างไรก็ตาม ไม่มีผู้ชายรับรู้ในผลข้างเคียงนี้เลย พบว่าสามีภรรยาต่างด้าวจะไม่สื่อสารกันในเรื่องนี้ ผู้ชายกล่าวว่าเรื่องแบบนี้เป็นเรื่องที่จะคุยกันเองในกลุ่มผู้หญิงมากกว่า

ในด้านการคุมกำเนิดถาวร กลุ่มที่ทำหมันหญิง พบว่าตัดสินใจทำหลังจากมีลูกได้ 2-3 คนแล้วตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเป็นจำนวนบุตรที่เพียงพอสำหรับผู้หญิงส่วนใหญ่ที่ศึกษาเชิงคุณภาพ แต่ในส่วนของกลุ่มผู้ชายนั้น จำนวนบุตรที่ต้องการมีมากกว่า คือ 3-5 คน สำหรับการทำหมันชาย กลุ่มผู้หญิงกล่าวว่าผู้ชายไม่นิยมทำกัน ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้ชายที่เชื่อว่าทำหมันแล้วทำให้หยกของหนักไม่ได้ ปวดหลัง และส่งผลทำให้ทำมาหากินไม่ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวติดตามมาได้ แม้ว่าจะมีบริการฟรีก็ไม่มีผู้สนใจจะทำหมันชาย ทั้งนี้ ผู้ชายทั้งหมดที่สนทนากลุ่มไม่ทราบว่าการทำหมันชายนั้นเป็นอย่างไร

การศึกษาในกลุ่มผู้หญิงต่างด้าวที่นับถือศาสนาอิสลาม พบว่า หากอยู่ที่ประเทศพม่า จะมีความเข้มงวดมากเรื่องข้อห้ามในการคุมกำเนิด โดยเฉพาะการทำหมันทั้งหญิงและชาย แต่การอพยพแรงงานมาอยู่ในประเทศไทย ผู้หญิงต่างด้าวอิสลามกล่าวว่าเป็นการปรับตามสภาพซึ่งทำให้การคุมกำเนิดเป็นไปได้ การศึกษาเชิงคุณภาพผู้หญิงที่นับถือฮินดูไม่ถือว่าการคุมกำเนิดเป็นข้อห้ามแต่อย่างใด

6.2 การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

ข้อค้นพบในด้านการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้หญิงต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-2 ปี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้หญิงสามารถระลึกข้อมูลระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรได้ จากการสัมภาษณ์ผู้หญิงกลุ่มนี้จำนวน 86 คน พบว่า การตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่มีความพร้อม กล่าวคือ มีความตั้งใจที่จะมีบุตรถึงร้อยละ 85.5 ส่วนน้อยหรือร้อยละ 14.5 เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ เนื่องจากส่วนใหญ่ต้องการเลื่อนการมีบุตรไปก่อน ไม่ได้คุมกำเนิดหรือ สุขภาพไม่แข็งแรง การศึกษายังพบว่า การตั้งครรภ์ครั้งล่าสุดของผู้หญิงต่างด้าวที่ศึกษาพบวิกฤตขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ การตกงาน/ปัญหาการเงิน และความเจ็บป่วย มากที่สุด รองลงมาคือปัญหาครอบครัว การถูกทำร้ายร่างกาย และน้ำท่วม ในสัดส่วนที่ไม่มากนัก

การที่ผู้หญิงต่างด้าวส่วนมากมีความพร้อมในการมีบุตรนี้เอง ส่งผลให้รับรู้ตัวตนเองตั้งครรภ์ขณะที่ยุครรภ์ยังไม่มากนัก คือ 1.9 เดือน ทำให้มีการไปรับบริการฝากครรภ์ค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 98.8 การได้ไปฝากท้องในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงนี้เอง ซึ่งทำให้ได้รับการตรวจความดัน ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ และฉีดวัคซีนบาดทะยักในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ดังแสดงในตารางที่ 24

ตารางที่ 24 ร้อยละของบริการที่ผู้หญิงต่างด้าวได้รับเมื่อฝากครรภ์

ผู้หญิงที่มี ลูก 0-2 ปี ที่ไปฝาก ครรภ์(N= 82)	บริการที่ได้							
	ตรวจความดัน		ตรวจเลือด		ตรวจปัสสาวะ		ฉีดวัคซีนบาดทะยัก	
	ได้	ไม่ได้ ไม่ แน่ใจ	ได้	ไม่ได้ ไม่แน่ใจ	ได้	ไม่ได้ ไม่แน่ใจ	ได้	ไม่ได้
จำนวน	78	4	78	2 2	80	2	79	3
ร้อยละ	95.1	4.9	95.1	4.9	97.6	2.4	93.3	3.7

การศึกษาเชิงคุณภาพพบความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงต่างด้าวไปฝากท้อง นั่นคือ ความมั่นใจว่าจะมีสถานที่คลอดลูกที่แน่นอน เนื่องจากหากรอให้ท้องแก่ใกล้คลอด อาจหาที่คลอดบุตรได้ยากลำบาก อีกทั้งมีโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพฯ จำนวนหนึ่งที่มิโนบายไม่รับคลอดผู้ที่ไม่ได้ฝากท้องกับโรงพยาบาล ส่วนเหตุผลที่เป็นแรงจูงใจรองลงมาของการไปฝากท้อง คือการให้แพทย์ตรวจติดตามพัฒนาการของเด็ก ได้รับยาบำรุงและคำแนะนำจากแพทย์ การศึกษายังพบผู้หญิงต่างด้าวที่ฝากท้องในประเทศไทย แต่กลับไปคลอดที่พม่า (แล้วเดินทางกลับมาประเทศไทยภายหลัง) ด้วยเหตุผลคือ แม่ของหญิงท้องที่ประเทศต้นทางเป็นห่วงเกรงจะไม่มีใครดูแลหลังคลอด และการคลอดลูกที่ประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเทียบกับการคลอดลูกแบบพื้นบ้านในประเทศต้นทาง

อุปสรรคสำคัญของการไม่ไปฝากท้องคือ การไม่มีบัตรประจำตัว ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับฝากท้อง และสถานบริการสุขภาพอยู่ไกลจากที่พัก ซึ่งกลุ่มนี้มักลงเอยด้วยการไปคลอดที่โรงพยาบาลที่มีบริการรับคลอดบุตรโดยไม่ฝากท้องที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ และโรงพยาบาลบางจาก เป็นต้น ซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่มีประสบการณ์การดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน นอกจากนี้ กลุ่มที่ไม่ได้ฝากท้อง ส่วนหนึ่งยังกลับไปคลอดที่พม่า (แล้วเดินทางกลับเข้าประเทศไทย) หรือ คลอดที่ชุมชนโดยหมอตำแย แต่เป็นส่วนน้อยของการคลอดทั้งหมดของแม่ต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่คลอดลูกที่โรงพยาบาล

ทั้งนี้พบว่า การคลอดบุตรครั้งล่าสุดของผู้หญิงต่างด้าวที่ศึกษานั้น เป็นการฝากท้องและคลอดโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถึงร้อยละ 77.9 ไม่ใช่สิทธิประกันฯ เพียงร้อยละ 22.1 ซึ่งหมายความว่าหญิงต่างด้าวเหล่านี้ต้องมีบัตรอนุญาตทำงานด้วย เนื่องจากนโยบายการประกันสุขภาพ ณ ปีที่ทำการศึกษา อนุญาตให้ทำประกันสุขภาพได้เฉพาะกลุ่มแรงงานที่จดทะเบียนตามกฎหมายเท่านั้น และแม้ว่าจะมีโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง ที่เปิดทำประกันสุขภาพให้คนต่างด้าวที่สนใจจะทำในราคาเท่ากับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว แต่ก็ไม่ครอบคลุมการคลอดบุตร ดังนั้นจึงชี้ให้เห็นว่า ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ล่าสุดที่ศึกษานั้น มีสถานะเป็นแรงงานที่ต้องทำงานด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ผู้หญิงมักต้องทำงานในระหว่างตั้งครรภ์ไปด้วย ยกเว้นในกลุ่มผู้หญิงต่างด้าวที่นับถือศาสนาอิสลามและฮินดู มีแนวโน้มที่จะไม่ได้ทำงานหรือหยุดงานไปเลยเมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไประยะหนึ่งแล้ว

จากการที่ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เป็นต้องทำงานด้วย จึงพบว่า ข้อมูลน้ำหนักแรกคลอดของทารก ที่ได้จากหญิงต่างด้าวที่ให้ผู้สัมภาษณ์สุ่มสุ่มบันทึกสุขภาพจำนวน 55 ราย พบว่า ลูกที่คลอดมามีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ซึ่งเป็นน้ำหนักมาตรฐานที่ใช้วัดความสมบูรณ์ของทารกแรกคลอด มีถึงร้อยละ 14.5 ตัวเลขนี้ มากกว่ามาตรฐานน้ำหนักแรกเกิดของทารกที่กำหนดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่ควรเกินร้อยละ 7 ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าจะมีการฝากท้องในอัตราที่ค่อนข้างสูง แต่การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์อาจไม่ดีเพียงพอ โดยเฉพาะการต้องทำงานหนักตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้คลอดลูกน้ำหนักน้อย หรือคลอดก่อนกำหนด ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบางประ

กอก 9 อินเทอร์เน็ตชั้นเนล ที่กล่าวว่า แม่ผู้หญิงต่างด้าวมาฝากครรภ์มากแต่ดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ทำให้มีเด็กหลังคลอดที่ต้องดูแลในต้อบของโรงพยาบาลจำนวนมาก

การศึกษาเชิงคุณภาพ พบความเชื่อว่าหากระหว่างตั้งครรภ์กินมากเกินไป อาจทำให้ลูกตัวโตและคลอดยากได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบความเชื่อนี้ในทุกกลุ่มสนทนา แต่ผู้หญิงต่างด้าวก็กล่าวว่าตนไม่ได้สนใจความเชื่อนี้ โดยกินอาหารเท่าที่ตนเองต้องการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงมุสลิม กล่าวว่า หากลูกในท้องหิว การไม่กินอาหารถือว่าเป็นบาปได้ ได้มีการศึกษาถึงประเภทของอาหารที่กินระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่า เป็นอาหารแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการกินของแต่ละชาติพันธุ์

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัมในสัดส่วนที่สูงมาจากการที่หญิงต่างด้าวที่ตั้งครรภ์จำนวนมากต้องทำงานหนักในระหว่างตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่า การเรียนรู้เพื่อดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 70.4 เป็นการเรียนรู้จากครอบครัว ประสบการณ์ตนเอง และคนรอบข้าง (ดูตารางที่ 25)

ตารางที่ 25 แหล่งเรียนรู้การดูแลตัวเองขณะตั้งครรภ์

ผู้หญิงที่มีลูก 0-2 ปี (N=86)	แหล่งเรียนรู้มากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว) (n=81 ไม่ตอบ 5 ราย)						
	คนรอบตัวในชุมชน			บุคลากรทางการแพทย์		อื่นๆ	
	สมาชิกในครอบครัว	เพื่อนบ้าน	เรียนรู้ด้วยตัวเองและประสบการณ์	แพทย์/พยาบาลที่โรงพยาบาล	คลินิก	ศูนย์ NGO	เรียนรู้จากนายจ้าง
จำนวน	35	17	5	19	3	1	1
ร้อยละ	43.2	21.0	6.2	23.5	3.7	1.2	1.2
รวมร้อยละ	70.4			27.2		2.4	

การที่การเรียนรู้ส่วนใหญ่มาจากคนรอบข้างในชุมชน ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจเป็นข้อมูลจากความเชื่อความเข้าใจที่ปฏิบัติต่อๆ กันมา อีกทั้งการอพยพแรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทย ทำให้ส่วนใหญ่เป็นการอาศัยอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยว โดยมีสมาชิกเฉลี่ยเพียงครัวเรือนละ 2.9 คน ซึ่งหมายความว่า ครอบครัวของคนต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ไม่มีพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ให้การดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับการอาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศต้นทาง การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การปรึกษาเพื่อนบ้านมักเป็นเพื่อนบ้านที่มีลูก ซึ่งมีทั้งคนชาติพันธุ์เดียวกัน รวมทั้งคนไทยด้วย

นอกจากนี้ การศึกษาในกลุ่มผู้ชาย มีข้อค้นพบที่น่าสนใจว่า การต้องห่างจากบ้านเกิดมาทำงานในประเทศไทยและอยู่อาศัยเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ผู้ชายมีบทบาทในการดูแลผู้หญิงในระหว่างการตั้งครรภ์และมีลูกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการสนทนากลุ่มพบว่า บทบาทของผู้ชายทำได้โดยการใส่ใจดูแลสุขภาพทั่วไป ช่วยทำงานบ้านระหว่าง

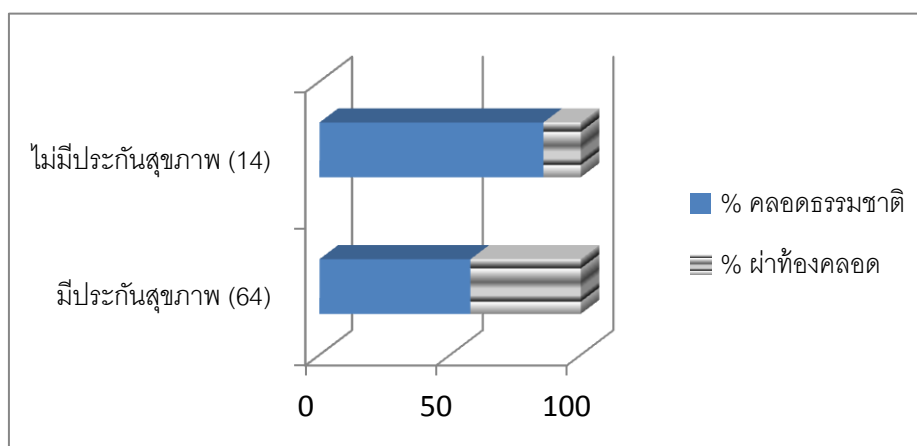
การตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร รวมทั้งการชักผ้าอ้อม และผ้าถุงของภรรยาด้วย โดยสิ่งเหล่านี้หากอยู่ที่ประเทศต้นทาง ก็จะเป็นบทบาทของแม่หรือญาติผู้ใหญ่ของทางฝ่ายหญิงเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม แม้ฝ่ายชายจะมีบทบาทมากขึ้น แต่ก็พบว่าตนเองยังขาดความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และบุตร การให้ความรู้ที่โรงพยาบาลช่วงฝากท้องและคลอด มักเป็นการให้แต่ฝ่ายหญิงเป็นหลัก โดยไม่มีเอกสารความรู้ใดๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ที่หาอ่านได้เลย

จากการที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไปฝากครรภ์ ทำให้แหล่งเรียนรู้ที่สำคัญรองลงมาก็คือบุคลากรทาง การแพทย์ มีถึงร้อยละ 27.2 ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้หญิงเข้าถึงและไปรับฝากครรภ์ นอกจากการได้รับข้อมูลความรู้การดูแล สุขภาพตั้งแต่ตั้งครรภ์แล้ว ก็ยังมีความสำคัญในด้านความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ด้วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการให้ทารกที่คลอดออกมาได้รับการดูแล และได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

มีข้อสังเกตจากการศึกษาเชิงปริมาณที่น่าสนใจว่า การคลอดบุตรครั้งล่าสุดของหญิงต่างด้าวที่ศึกษานั้น ส่วนใหญ่เป็นการคลอดที่โรงพยาบาล โดยเป็นการคลอดแบบธรรมชาติเพียงร้อยละ 63.3 และผ่าตัดทำคลอดถึงร้อยละ 36.7 ซึ่งใกล้เคียงกับของคนไทย ที่มีอัตราการผ่าตัดทำคลอดอยู่ที่ร้อยละ 34²⁰

เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีประกันสุขภาพ และกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพกับการผ่าตัดทำคลอด พบว่า กลุ่มที่มีประกันสุขภาพ มีอัตราการผ่าตัดทำคลอดที่สูงกว่าคือ ร้อยละ 42.2 ของผู้หญิงตั้งครรภ์ต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ มีการผ่าตัดทำคลอดเพียงร้อยละ 14.3 ดังแสดงในแผนภาพที่ 4

แผนภาพที่ 4 ร้อยละของวิธีการคลอด จำแนกตามการมีประกันสุขภาพ



โดยทั่วไป การมีประกันสุขภาพ โรงพยาบาลที่ทำงานมักไม่เลือกวิธีการที่เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นโดยไม่จำเป็น ข้อค้นพบนี้อาจชี้ให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้จำนวนมากมีสภาพร่างกาย/สภาพครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์ หรือผิดปกติจนส่งผลต่อความสามารถคลอดบุตรโดยวิธีทางธรรมชาติได้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ต่างด้าว มักทำงานหนักตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์และพบความผิดปกติหลังคลอดจนต้องทารกต้องรักษาตัวอยู่ในตู้อบหลังคลอดระยะหนึ่ง

²⁰ นิวัฒน์ อรัญญาเกษมสุข เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2555

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบข้อมูลที่อธิบายข้อค้นพบได้มากขึ้น กล่าวคือการผ่าคลอดบุตรนั้นส่วนใหญ่พบที่โรงพยาบาลเอกชนที่รับประกันสุขภาพประชากรต่างดาว โดยการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าแม่ที่ผ่าคลอดนั้นแม้ว่าจะมีประกันสุขภาพก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเพราะทางโรงพยาบาลอ้างว่าการประกันสุขภาพนั้นใช้ได้กับกรณีคลอดบุตรโดยธรรมชาติเท่านั้น ดังนั้นรายได้จากค่าบริการเพิ่มเติมนอกเหนือจากการประกันสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้แม่ต่างดาวมีการผ่าคลอดบุตรจำนวนมาก

แม้ว่ารัฐบาลจะเปิดโอกาสให้ทำประกันสุขภาพให้บุตรหลังคลอดได้ พบว่า มีเพียงร้อยละ 10.5 เท่านั้นที่ทำประกันสุขภาพให้กับลูก การศึกษาเจาะลึกเชิงคุณภาพทำให้เข้าใจได้ว่า ผู้หญิงต่างดาวทั้งหมดไม่ทราบว่าจะสามารถทำประกันสุขภาพให้ลูกได้ และไม่รู้สิทธิประโยชน์ ทั้งๆ ที่รัฐมีนโยบายให้เด็กต่างดาวที่เกิดในประเทศไทย โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพสามารถพิจารณาให้ทำได้ อย่างไรก็ตาม นโยบายนี้ไม่มีความชัดเจนทำให้โรงพยาบาลรัฐจำนวนมากไม่เปิดทำประกันสุขภาพ ทำให้เป็นภาระต่อสถานบริการและระบบสุขภาพในการดูแลเด็กต่างดาวที่เกิดมาสุขภาพไม่แข็งแรง

เมื่อได้อธิบายถึงลักษณะการประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ให้แม่ต่างดาวที่สนทนากลุ่ม พบว่าทุกคนมีความประสงค์ที่จะทำประกันสุขภาพให้ลูก โดยให้เหตุผลว่าเด็กป่วยบ่อยในช่วงขวบปีแรก การทำประกันจะทำให้ประหยัดเงินได้มาก

6.3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการสัมภาษณ์แม่ต่างดาวที่มีลูกอายุ 0-2 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยจำนวน 86 ราย ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับน้ำนมเหลือง(Colostrum) ที่มีสารอาหารที่มีประโยชน์ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันร่างกายให้กับทารกแรกเกิด พบว่าแม่ต่างดาวส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 90 ให้นมแม่ภายใน 3 วันหลังคลอดบุตร ในจำนวนนี้ ร้อยละ 65.3 ได้ให้นมแม่ทันทีหลังคลอด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ การที่ทารกได้ดูดนมแม่หลังคลอด ยังมีสำคัญในการกระตุ้นต่อมน้ำนมเพื่อให้เกิดการผลิตน้ำนมอย่างเพียงพอด้วย ผลที่พบจากการสนทนากลุ่มชี้ว่า แม่ส่วนใหญ่ก็เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมตัวเองมาจากระเด็นทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ กล่าวคือ ประหยัด ไม่ต้องเสียเงินซื้อนมผงซึ่งราคาค่อนข้างแพง ยกเว้นในรายที่ไม่มีนมให้ลูก จึงต้องเลี้ยงด้วยนมผง

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลา 3 วันหลังคลอด แม้ว่าทารกส่วนใหญ่จะได้รับนมแม่แล้ว พบว่าทารกยังได้รับของเหลวอื่นๆ นอกเหนือจากนมแม่ด้วยถึงร้อยละ 29.3 ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นนมชนิดอื่นๆ (ดังแสดงในตารางที่ 26) จากการสนทนากลุ่ม แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผงด้วยนั้น มาจากการที่นมของตัวเองมีไม่เพียงพอให้ทารกได้กินอิ่ม ทำให้ทารกหิวและตื่นนอนบ่อย จึงต้องเสริมด้วยนมผง อีกทั้งบางโรงพยาบาลได้มีการป้อนนมผงให้ลูกของตนเองในช่วงหลังคลอดด้วย

ตารางที่ 26 การกินนมแม่และของเหลวอื่นๆ ในช่วง 3 วันหลังคลอด

ผู้หญิงที่มีลูก 0-2 ปี (N=86)	การกินใน 3 วันหลังคลอด (n=83 ไม่ตอบ 3 ราย)			
	นมแม่เท่านั้น	นมแม่และนมผง	นมแม่และน้ำ	นมผงเท่านั้น
จำนวน	58	21	3	1
ร้อยละ	69.9	25.3	3.6	1.2

การศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่พบว่า สัดส่วนของแม่ต่างด้าวที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เกิดนั้น สอดคล้องกับการได้รับน้ำนมเหลืองภายใน 3 วันหลังคลอด กล่าวคือ แม่ที่ได้ให้นมหลังคลอด มีการเลี้ยงลูกด้วยนมของตัวเองถึงร้อยละ 94.5 แต่เมื่อถามถึงการให้นมแม่ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน พบว่ามีสัดส่วนที่ลดน้อยลง คือ

กลุ่มอายุ 0-1 ปี มีการให้นมแม่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดถึงปัจจุบัน ร้อยละ 69.6

กลุ่มอายุ 1-2 ปี มีการให้นมแม่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดถึงปัจจุบัน ร้อยละ 47.8

วิถีปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรจากการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าลูกของกลุ่มเป้าหมาย โดยทั่วไปจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และแม้ว่าเด็กจะกินอาหารอย่างอื่นได้แล้ว บางรายนิยมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึงอายุ 2-3 ปี โดยที่ประเทศต้นทางของหญิงต่างด้าว ส่วนใหญ่สามีเป็นผู้หาเลี้ยงหลักของครอบครัว ทำให้แม่สามารถให้นมลูกได้เต็มที่ การศึกษายังพบว่า ในกลุ่มผู้หญิงทวายที่นับถือศาสนาอิสลาม หากเป็นเด็กชาย ข้อกำหนดของศาสนาเกี่ยวกับการให้นมบุตรคือ แม่อิสลามสามารถให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถึงอายุเพียงขวบครึ่งเท่านั้น หลังจากนั้น ทารกชายจะไม่สามารถดูดนมจากเต้าของแม่ได้ ต้องให้นมชนิดอื่นๆ แทน

สำหรับแม่ต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พบว่า การที่แม่ต้องกลับไปทำงาน เป็นเหตุผลหลักที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นขาดความต่อเนื่อง และเลี้ยงได้ในระยะเวลาที่สั้นลง การลาคลอดไม่ได้ตามกฎหมายสำหรับแรงงานหญิงที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรก็เป็นอุปสรรคอีกด้านที่สำคัญเช่นกัน กล่าวคือ

- แรงงานหญิงที่ทำงานรายวัน ทั้งกลุ่มที่มีการจดทะเบียนแรงงานตามกฎหมาย และกลุ่มที่ทำงานโดยไม่มีเอกสารใดๆ หากลางานในวันใดก็จะไม่ได้เงิน รวมทั้งการลาหายจากงานไปเมื่อคลอดบุตร หากกลับมาทำงานเมื่อใดก็จะได้รับเงินจากการทำรายวันเช่นเดิม ซึ่งกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มส่วนใหญ่ของแรงงานหญิง

- แรงงานหญิงที่มีการจ้างเป็นรายเดือน โดยทั่วไปจะเป็นกลุ่มที่มีการจดทะเบียนแรงงานอย่างถูกต้อง ซึ่งภายใต้กฎหมายแรงงานสามารถลาคลอดได้ 90 วันโดยไม่ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ และได้รับเงินเป็นเวลา 45 วัน จากการสนทนากลุ่มพบว่า ในกลุ่มนี้การลาป่วยนั้นสามารถทำได้โดยยังได้รับเงินในวันที่ลาโดยต้องมีใบรับรองแพทย์ แต่หากเป็นการลาคลอด ก็จะไม่ได้รับเงินใดๆ จนกระทั่งกลับเข้าทำงานใหม่

ดังนั้นการไม่มีรายได้ขณะที่คลอดและเลี้ยงดูทารก จึงเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้แม่ต่างด้าวต้องกลับไปทำงาน และยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลายรายต้องใช้วิธีจ้างเลี้ยงในราคาเดือนละ 1,300-2,600 บาท ราคาที่แตกต่างกันอยู่กับการจัดหาอุปกรณ์โดยผู้เลี้ยงหรือโดยแม่ นอกจากนี้ ยังพบว่า การหย่านมเด็กได้เร็วขึ้น ก็เป็นแนวทางที่ทำให้สามารถส่งเด็กกลับบ้านได้ ซึ่งในกรณีนี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีญาติผู้ใหญ่ของเด็กที่ประเทศต้นทางดูแลให้ การศึกษาเชิงคุณภาพยังพบว่า ผู้หญิงที่หลังคลอดไม่ได้กลับไปทำงาน และให้สามีทำงานคนเดียว ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้หญิงมุสลิม เป็นกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานกว่ากลุ่มอื่นๆ

การศึกษาเชิงปริมาณยังพบว่า แม้ว่าเด็กทารกจะได้รับนมแม่ แต่ก็ได้รับของเหลวอื่นๆ และอาหารในช่วงขวบปีแรกเช่นเดียวกัน โดยจากการสนทนากลุ่ม แม่ต่างด้าวได้ให้เหตุผลว่า นมแม่มีไม่เพียงพอ การกินนมแม่อย่างเดียวเด็กจะไม่อิ่มท้องและหลับได้ไม่ยาว หรือ หากแม่ไม่แข็งแรงทารกควรได้กินอาหารอื่นๆ ด้วย ตัวอย่างอาหารมีดังต่อไปนี้

เด็กอายุ 0-1 ปี ร้อยละ 66.7 แม่ต่างด้าวได้เลี้ยงลูกด้วยของเหลวอื่นๆ ได้แก่ นมผงมากที่สุด รองลงมาคือ นมกล่อง น้ำผลไม้ น้ำซูป น้ำข้าว และกลูโคส ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ ร้อยละ 51.6 ของเด็กกลุ่มนี้ยังได้รับอาหารอื่นๆ ด้วย ได้แก่ ซีรีแลค ข้าวบด ในสัดส่วนมากที่สุด รองลงมาคือ ไข่บด ผลไม้บด

เด็กอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 83.3 มีการเลี้ยงลูกด้วยของเหลวอื่นๆ และร้อยละ 70.8 เลี้ยงด้วยอาหารอื่นๆ ทั้งนี้ ประเภทของเหลวและอาหารมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปี

โดยสรุปจะเห็นว่า จากสภาพเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ แม่ต่างด้าวมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่แล้วเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย โดยมีการให้ทั้งของเหลวอื่นๆ และอาหารเสริมไปด้วย โดยเป็นการให้ตั้งแต่ทารกยังเล็กอยู่มาก โดยชนิดของอาหารแตกต่างกันไปตามวิถีของแต่ละชาติพันธุ์ ที่พอจะหาได้ในชุมชนที่อาศัยอยู่ ปัจจัยของการต้องกลับไปทำงานเพื่อหาเงิน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการอพยพแรงงานมายังประเทศไทย ประกอบกับการมีรายได้เฉพาะวันที่ไปทำงานเท่านั้น เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นสั้นลง และเป็นผลส่วนหนึ่งทำให้ต้องตัดสินใจส่งลูกกลับบ้านที่ประเทศต้นทาง ซึ่งก็เป็นตัวแรงหนึ่งที่ต้องให้ลูกหย่านมเร็วขึ้นด้วย

6.4 การได้ใบรับรองการเกิด และสูติบัตร

6.4.1 ใบรับรองการเกิด

เด็กทุกคนที่เกิดในประเทศไทย จะได้รับใบรับรองการเกิด หรือ ทร. 1/1 จากสถานบริการสุขภาพที่ทำคลอดให้เด็ก โดยเอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า สมุดสีชมพู ที่จะให้กับแม่ที่มาคลอดที่สถานบริการสุขภาพของรัฐ แต่กรณีคลอดที่โรงพยาบาลเอกชน จะได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กในรูปแบบที่แตกต่างกันไป เมื่อมีประชากรต่างด้าวอพยพมาทำงานในประเทศไทยจำนวนมาก ทำให้มีการริเริ่มให้จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก หรือสมุดสีชมพูที่ใช้กันโดยทั่วไปเป็นสมุดสองภาษา คือ ภาษาไทย-พม่า ต่อมา มีการจัดทำเพิ่มเติมเป็นสามภาษาโดยเพิ่มภาษาอังกฤษด้วย การใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสองภาษานี้ มีการใช้อย่างกว้างขวางในสถานบริการสุขภาพของรัฐที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติเข้าไปทำงานด้วย อาทิ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์ รวมทั้งโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตชายแดนไทย-พม่า เช่น โรงพยาบาลแม่สอด เป็นต้น

พระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 ได้บัญญัติให้เด็กต่างด้าวทุกรายที่เกิดในประเทศไทยได้รับสูติบัตรที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก โดยไม่ได้รับสัญชาติไทย ทั้งนี้ เอกสารสำคัญที่ต้องนำมาประกอบการขอสูติบัตร คือ เอกสารรับรองการเกิด หรือ ทร.1/1 การศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ผู้หญิงต่างด้าวส่วนใหญ่มีความเข้าใจต่อเอกสารรับรองการเกิดที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ถูกต้อง โดยมีผู้ตอบถูกถึงประโยชน์ที่ถูกต้องมีจำนวนน้อยมาก ดังแสดงในตารางที่ 27

ตารางที่ 27 ร้อยละของความเข้าใจต่อประโยชน์ของใบรับรองการเกิด

ผู้หญิงที่สัมภาษณ์ (N=478)	ความเข้าใจประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=450 ไม่มีข้อมูล 28 ราย)								
	เป็นหลักฐานการเกิดในประเทศไทย	เป็นเอกสารเพื่อขอสูติบัตร	เป็นหลักฐานการเกิดและขอสูติบัตร	ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	หลักฐานเรียนหนังสือ	หลักฐานสมัครงาน	หลักฐานในการเดินทาง	บริการสุขภาพรับวัคซีน	อื่นๆ*
จำนวน	15	5	2	399	10	7	6	4	3
ร้อยละ	3.3	1.1	0.4	88.7	2.2	1.6	1.3	0.8	0.7
	ตอบถูกต้อง			ไม่เข้าใจ/เข้าใจคลาดเคลื่อน					

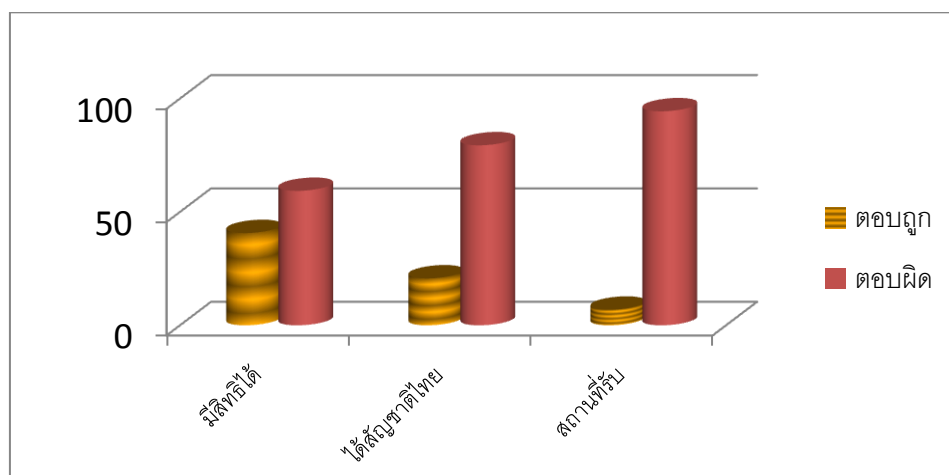
* อื่นๆ ได้แก่ ใช้ติดต่อราชการ ใช้ทำประกันสุขภาพ และใช้เบิกค่ารักษาพยาบาล

จากการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจว่า เหตุใดผู้หญิงต่างด้าวจึงมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับเอกสารรับรองการเกิด พบว่า ผู้หญิงในกลุ่มสนทนาทั้งหมด ไม่รู้จักเอกสาร ทร.1/1 ที่แนบมากับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเลย ในกลุ่มที่คลอดที่โรงพยาบาลเอกชนไม่รู้จักเนื่องจากได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กที่แตกต่างกันออกไป สำหรับในกลุ่มผู้หญิงที่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก เมื่อตรวจสอบก็ไม่มีการบันทึกข้อมูลใดๆ ลงในทร. 1/1 เลย ทั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีประกันสุขภาพ ไม่ต้องใช้ทร.1/1 ในการไปรับสูติบัตร แต่ใช้วิธีประสานงานกับสำนักงานเขต ออกใบนัดหมายแนบไปพร้อมกับสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก เพื่อไปรับสูติบัตรในเขตที่โรงพยาบาลสังกัดอยู่ กรณีเช่นนี้พบในแม่ต่างด้าวที่ไปคลอดที่โรงพยาบาลในปริมณฑล เช่น โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สาทรยานนท์ และโรงพยาบาลบางจาก การได้สูติบัตรโดยไม่ต้องใช้ ทร.1/1 ไปยื่นเป็นเอกสารประกอบ ทำให้แม่ต่างด้าวไม่รู้จัก และไม่เข้าใจประโยชน์ของเอกสารรับรองการเกิด

6.4.2 สูติบัตร

สูติบัตรเป็นเอกสารประจำตัวที่เด็กต่างด้าวทุกคนมีสิทธิได้รับตามพรบ.การทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2551 การศึกษานี้พบว่า มีเด็กต่างด้าวในพื้นที่ทำการศึกษา มีสูติบัตรเพียง 40 ราย หรือคิดเป็นเพียงร้อยละ 27.8 ของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย การได้รับสูติบัตรในสัดส่วนที่ต่ำมากเช่นนี้ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายจำนวนมากยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อสิทธิการได้รับสูติบัตรตามกฎหมาย โดยบางส่วนเข้าใจว่ามีสิทธิได้ บางส่วนเข้าใจผิดว่าได้สัญชาติไทย และจำนวนมากระบุสถานที่ไปรับไม่ถูกต้อง ดังแสดงในแผนภาพที่ 5

แผนภาพที่ 5 ความเข้าใจต่อสูติบัตรเด็กต่างด้าวในด้านสิทธิ สัญชาติ และสถานที่รับ



การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แม่ต่างด้าวทั้งหมดรู้จักสูติบัตร แต่การขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักในสิทธิที่จะได้สูติบัตรเมื่อลูกของตนเองเกิดในประเทศไทย ทำให้แม่ต่างด้าวจำนวนมากไม่ไปรับสูติบัตรตามเอกสารนัดหมายของโรงพยาบาล ทั้งๆ ที่โรงพยาบาลได้เอื้ออำนวยความสะดวกให้ เหตุผลสำคัญที่ไม่ไปเนื่องจากตนเองไม่มีบัตรประจำตัวใดๆ จึงไม่กล้าไปติดต่อหน่วยงานราชการ หรือหากประสงค์จะไปรับ ก็จะขอให้คนไทยดำเนินการไปรับให้โดยมีค่าใช้จ่าย บางรายให้บริษัทพิสูจน์สัญชาติช่วยดำเนินการให้ เป็นต้น มีแม่ต่างด้าว 1 รายที่สนทนากลุ่มแล้วคลอดลูกในชุมชน เจ้าของบ้านเช่าคนไทยก็ช่วยดำเนินการขอสูติบัตรให้

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่คลอดที่โรงพยาบาลบางประกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนลและโรงพยาบาลในเครือข่าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวที่รับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลมีบริการจัดทำสูติบัตรให้กับผู้มาคลอดทุกราย โดยเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม รวมกับตระกร้าของขวัญคลอดที่มอบให้กับแม่ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทุกราย ดังนั้น ผู้หญิงต่างด้าวจากการสนทนากลุ่มที่คลอดที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้จึงได้รับสูติบัตรทุกราย

สำหรับกลุ่มแม่ต่างด้าวที่ได้รับสูติบัตร มีความเข้าใจถึงประโยชน์ของเอกสารนี้ โดยกล่าวว่า เป็นเอกสารสำคัญในการเข้าเรียนของลูก รวมทั้งเอกสารสำคัญในการพาลูกข้ามพรมแดนกลับไปยังประเทศต้นทาง หรือเดินทางมายังประเทศไทยได้

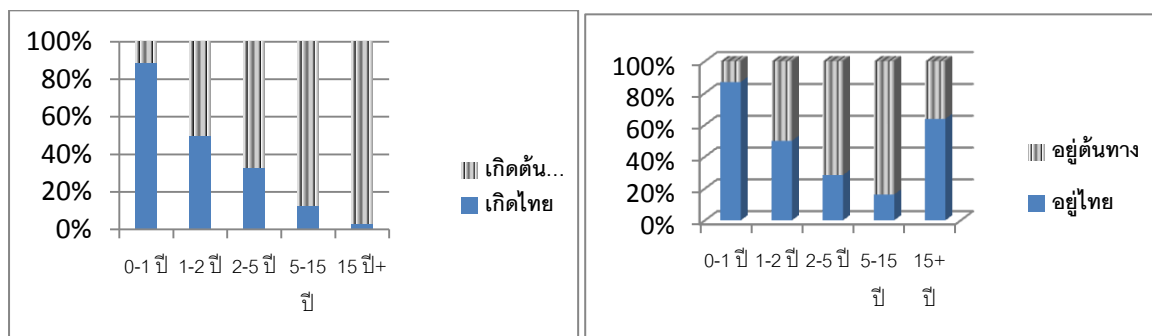
6.5 การเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศของเด็กต่างด้าว

การศึกษาเชิงปริมาณในด้านสถานที่เกิด และการอาศัยอยู่ในปัจจุบันของเด็กที่เกิดกับแม่ต่างด้าวที่สัมภาษณ์ ชุดข้อมูลนี้ทำให้เข้าใจการเคลื่อนย้ายของเด็กต่างด้าวได้ โดยเฉพาะเด็กในกลุ่มที่เข้าข่ายรับวัคซีนพื้นฐาน (ตั้งแต่แรกเกิดถึงขวบครึ่ง และการกระตุ้นซ้ำเพื่อเสริมภูมิคุ้มกัน ในช่วงอายุ 2-6 ปี) วัคซีนในเด็กนักเรียน (7-12 ปี) และวัคซีนการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ (แรกเกิด-15 ปี)

จากการศึกษาแม่ต่างด้าวที่มีบุตรจำนวน 331 ราย ที่มีบุตรทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและประเทศต้นทาง พบว่าหญิงต่างด้าวทั้งหมดที่สัมภาษณ์ มีบุตรทั้งสิ้นรวม 541 คน การสัมภาษณ์ได้ข้อมูลของบุตรในประเทศที่เกิด (ประเทศไทย/ ประเทศต้นทาง) สถานที่เกิด (โรงพยาบาล/บ้านหรือชุมชน) และ การอาศัยอยู่ของบุตรในปัจจุบัน (ประเทศไทย/ ประเทศต้นทาง) พบว่า ลูกที่มีอายุ 0-1 ปี ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 88.9 เกิดในประเทศไทย ลูกที่มีอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 50 เกิดในประเทศไทย การเกิดในประเทศไทยในกลุ่มอายุที่มากขึ้น มีสัดส่วนน้อยลงตามลำดับ กล่าวคือ ลูกในกลุ่มอายุ 3-5 ปี 6-15 ปี และมากกว่า 15 ปี เกิดในประเทศไทยร้อยละ 34.3 ร้อยละ 12.6 และ ร้อยละ 3.4 ตามลำดับ (ดูแผนภาพที่ 6.1) การศึกษายังพบจากข้อมูลชุดนี้ว่า กลุ่มที่เกิดในประเทศไทย จะมีแนวโน้มคลอดที่โรงพยาบาลมากกว่า ในขณะที่การเกิดที่ประเทศต้นทาง มีแนวโน้มการคลอดที่บ้าน/ชุมชนเป็นหลัก

แผนภาพที่ 6

สถานที่เกิดและสถานที่อยู่ของเด็กต่างด้าวตามกลุ่มอายุ

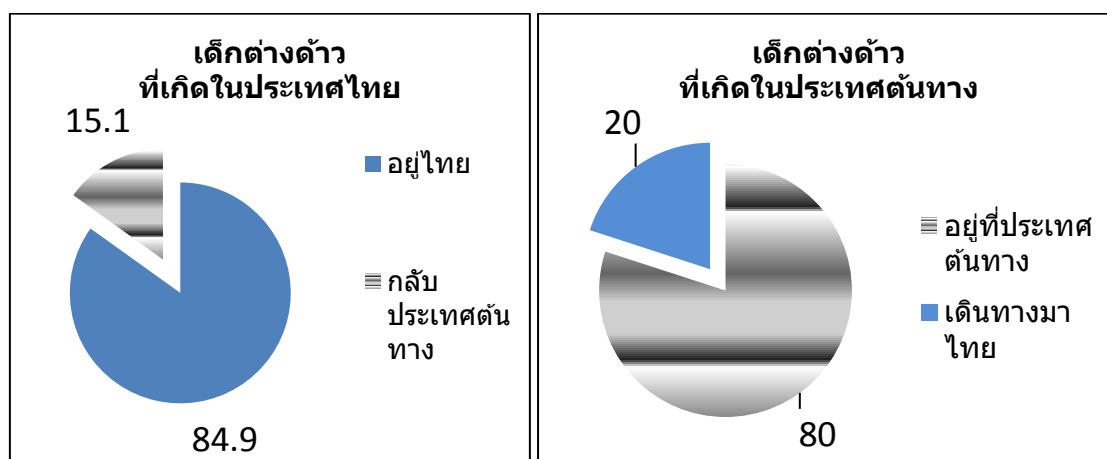


แผนผังที่ 6.1 สถานที่เกิดจำแนกตามอายุ

แผนผังที่ 6.2 การอยู่อาศัยในปัจจุบันจำแนกตามอายุ

เมื่อพิจารณาถึงการอาศัยอยู่ในปัจจุบันของเด็กต่างด้าว พบว่า เด็กต่างด้าวในกลุ่มอายุ 1-2 ปี มีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ในประเทศไทยเช่นเดียวกัน และน้อยลงตามลำดับเมื่ออายุ 2-5 ปี และ 6-15 ปี (ดังแสดงในแผนภาพที่ 6.2) อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นกลุ่มที่เป็นลูกของแรงงานต่างด้าวที่สัมผัสงานซึ่งส่วนใหญ่เกิดในประเทศต้นทาง เมื่ออย่างเข้าสู่วัยที่ทำงานได้ตามกฎหมาย ก็อาจมีการติดตามบิดามารดาเข้ามาทำงาน ทำให้มีสัดส่วนของการอาศัยอยู่ในประเทศไทยมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เมื่อลูกของแรงงานต่างด้าวเข้าสู่วัยแรงงาน ก็นิยมเดินทางมาประเทศไทยเพื่อหางานทำตามบิดามารดาหรือญาติ

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการพิจารณาการเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศ ของเด็กต่างด้าวในกลุ่มอายุ 0-2 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงที่ต้องรับวัคซีนพื้นฐานครบในช่วงแรกเกิดถึงขวบครึ่ง จึงได้เปรียบเทียบเด็กกลุ่มนี้ที่เกิดในประเทศไทย (86 คน) และเกิดในประเทศต้นทาง (30 คน) รวม 116 คน พบว่า ลูกของแม่ต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย มีการเกิดทั้งในประเทศไทยและประเทศต้นทาง โดยเกิดในประเทศไทยมีมากกว่า (ร้อยละ 74.1 และ 25.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศในช่วง 2 ขวบปีแรกหลังจากเกิด พบว่า เด็กที่เกิดในไทยและเกิดที่ประเทศต้นทาง ทั้งสองกลุ่มมีการเดินทางข้ามพรมแดนไป-มา ดังแสดงในแผนภาพที่ 7



แผนภาพดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ในเด็กต่างด้าวอายุ 0-2 ปี มีการเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศในสัดส่วนที่น้อยมาก เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศที่เกิด ทั้งที่เกิดในประเทศไทยและประเทศต้นทาง อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาร้อยละของการเคลื่อนย้ายข้ามพรมแดนระหว่างประเทศ พบว่า

ร้อยละ 20.0 (6 คน) เป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศต้นทาง มาประเทศไทย

ร้อยละ 15.1 (13 คน) เป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศไทยกลับไปประเทศต้นทาง

สำหรับการเคลื่อนย้ายจากประเทศต้นทางมายังประเทศไทยหลังคลอดบุตร จากการสนทนากลุ่มพบว่า มีหญิงต่างด้าวที่ตั้งครรภ์ในประเทศไทยจำนวนหนึ่งเดินทางกลับไปคลอดลูกที่บ้านเกิดเพราะที่ประเทศไทยไม่มีญาติดูแลระหว่างคลอด หลังคลอดหากมีพ่อแม่หรือญาติช่วยเลี้ยงลูก แม่ต่างด้าวก็จะเดินทางกลับมาทำงานในประเทศไทย แต่หากไม่มีคนเลี้ยงลูก ก็มักรอให้ลูกแข็งแรงก่อนจึงเดินทางมาประเทศไทยพร้อมกัน

ส่วนการเคลื่อนย้ายกลับประเทศต้นทางหลังคลอดที่ประเทศไทย จากข้อมูลพบว่า มีแนวโน้มที่ทารกจะอาศัยอยู่กับแม่มากกว่าการส่งกลับไปเพื่อให้ญาติเลี้ยงดูที่ประเทศต้นทาง สำหรับกลุ่มที่ตัดสินใจส่งกลับ พ่อและแม่ต่างด้าวส่วนใหญ่ไม่สามารถพาลูกเดินทางกลับเองได้เนื่องจากต้องทำงาน อีกทั้งในกลุ่มที่ไม่มีหนังสือเดินทางชั่วคราวที่ได้จากการพิสูจน์สัญชาติ การเดินทางข้ามพรมแดนกลับเข้ามามีความยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงมักใช้บริการส่งเด็กข้ามพรมแดน

การสนทนากลุ่มพบว่า การส่งเด็กเล็กข้ามพรมแดนมีค่าใช้จ่ายถูกกว่าการส่งผู้ใหญ่ที่อยู่ในวัยทำงาน มีวิธีการส่งกลับที่หลากหลาย ผ่านจุดข้ามแดนที่แตกต่างกัน แม่ต่างด้าวส่วนใหญ่ตระหนักว่าการส่งลูกเดินทางข้ามพรมแดนนั้นควรนำสูติบัตรเด็กไปด้วย แต่ในทางปฏิบัติ กลุ่มที่มีประสบการณ์ส่งลูกกล่าวว่า ขาออกจากประเทศไทยนั้น การตรวจไม่เข้มงวดนักเมื่อเทียบกับการเดินทางผ่านแดนกลับเข้าประเทศไทย อย่างไรก็ตาม พบว่าการส่งเด็กกลับประเทศต้นทาง ส่วนใหญ่เป็นการเดินทางที่ไม่ผ่านด่านตรวจของทางราชการ โดยมีวิธีการส่งที่หลากหลาย ดังตัวอย่างต่อไปนี้

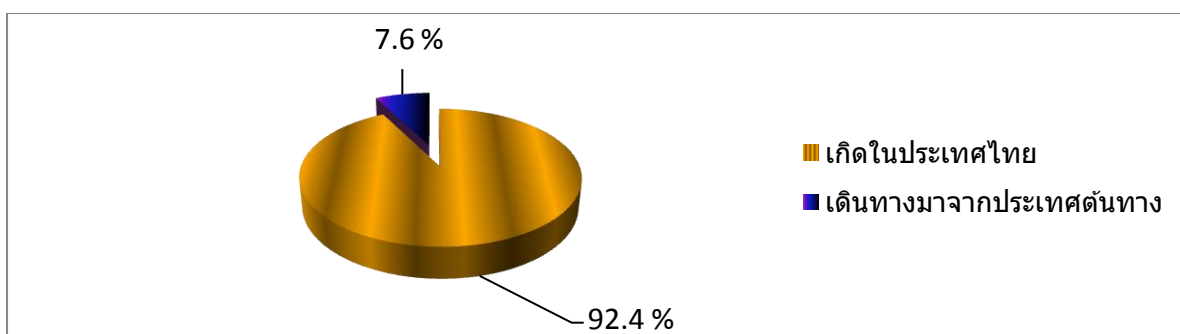
- 1) ฝากคนในหมู่บ้านเดียวกันหรือเพื่อนที่ต้องการกลับบ้านพากลับไปด้วย กรณีนี้จะถูกที่สุด เสียค่าใช้จ่ายเพียงค่ารถและอื่นๆเล็กน้อยราว 2-3 พันบาท
- 2) ให้นายหน้าจัดส่งให้ ซึ่งมักเป็นคนที่รู้จักคุ้นเคยกันดี กรณีนี้ราคาจะแพงขึ้น ในราคา 3-6 พันบาท ขึ้นอยู่กับจุดส่งเด็ก เช่น กรณีส่งแค่ชายแดนและมีญาติมารับไป ก็จะราคาถูกกว่าการส่งถึงบ้านในชุมชน
- 3) ผ่านบริษัทรับส่งคนข้ามพรมแดน* บริษัทมีการจัดการเป็นระบบที่ติดต่อกับญาติในชุมชนต้นทาง และครอบครัวต่างตัวในประเทศไทย เพื่อนัดหมายการรับส่ง ในราคา 2-3 พันบาทสำหรับเด็กเล็ก และสูงถึง 14,500 บาทสำหรับคนวัยทำงาน

*ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มสนทนาระบุชื่อบริษัทหนึ่งที่ตั้งอยู่ที่อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก จากคำบอกเล่า บริษัทนี้มีทั้งคนไทย พม่า กระเหรี่ยง และมอญ ดำเนินการ จัดการรับส่งทั้งเด็กและผู้ใหญ่วัยแรงงาน ข้ามพรมแดนระหว่าง ไทย และพม่า

การศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นการเคลื่อนย้ายก็มีความสอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม พบว่า แม่ต่างตัวส่วนใหญ่ต้องการเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองในประเทศไทย แต่ภาระการทำงานเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ต้องตัดสินใจส่งลูกกลับประเทศต้นทาง กลุ่มที่ส่งกลับได้มักต้องมีพ่อแม่หรือญาติช่วยดูแลลูก ซึ่งพบว่าผู้หญิงต่างตัวโดยเฉพาะในกลุ่มมุสลิมและฮินดูที่อาศัย/ทำงานในประเทศไทยมาเป็นเวลานานแล้ว กล่าวว่าไม่มีญาติ พ่อแม่พี่น้อง และบ้านที่ประเทศต้นทางแล้ว ซึ่งกลุ่มที่ส่งกลับประเทศต้นทางไม่ได้ จึงมักกลับไปทำงานหลังคลอดไม่ได้ หรือ หากกลับไปทำงานก็ต้องจ้างคนมาดูแลลูก อย่างไรก็ตาม เมื่อลูกโตขึ้นจนอายุย่างเข้า 4-5 ปี การตัดสินใจส่งลูกกลับบ้านที่ประเทศต้นทางมีได้มากขึ้น เนื่องจากถึงวัยที่ต้องเข้าเรียนในโรงเรียนที่ประเทศต้นทาง โดยเน้นว่าต้องการให้ลูกเรียนภาษาของตนเอง กลุ่มที่ส่งลูกกลับไม่ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มนับถือศาสนาอิสลาม สามารถส่งลูกเข้าเรียนในโรงเรียนมัธยมในประเทศไทยได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะการเดินทางไปกลับ และอายุของเด็ก พบว่า เด็กอายุช่วง 0-2 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ในช่วงของการสำรวจ เป็นเด็กที่เกิดที่ประเทศไทยส่วนใหญ่ กล่าวคือ ในจำนวนเด็กอายุ 0-2 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 79 คน เป็นเด็กที่เกิดในประเทศไทย 73 คน ดังแสดงในแผนภาพที่ 8

แผนภาพที่ 8 ร้อยละของเด็กต่างตัว อายุ 0-2 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน จำแนกตามสถานที่เกิด



จึงอาจสรุปได้ว่า การดูแลหลังคลอดและการให้วัคซีนพื้นฐานเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กทารกที่เกิดจากแม่ต่างด้าวในช่วง 0-2 ปี พบว่าเป็นการดูแลกลุ่มเด็กต่างด้าวที่เกิดที่เมืองไทยเป็นส่วนใหญ่ และส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็นเด็กต่างด้าวที่เคลื่อนย้ายมาจากประเทศต้นทาง หรืออีกนัยหนึ่งคือ แม่เด็กต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยจะมีการอพยพกลับประเทศต้นทางไปบ้าง แต่ก็เป็นส่วนน้อยกว่าส่วนที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ดังนั้น การในการดูแลเด็กต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทยในช่วงสองขวบปีแรกเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ยังคงต้องเป็นบทบาทของสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย

6.6 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค

ข้อมูลการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้มาจากการสัมภาษณ์แม่ต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-5 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในช่วงของการศึกษาจำนวน 125 ราย เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติในด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการถือครองสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการนัดหมายเพื่อรับวัคซีนที่สถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ยังศึกษาความครอบคลุมของการรับวัคซีนเพื่อเปรียบเทียบกับความครอบคลุมในเด็กไทย โดยมีการศึกษาในกลุ่มอายุที่สอดคล้องกับการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข โดยดูจากสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเป็นหลัก และหากไม่มีสมุด ก็ให้ถามจากความทรงจำของแม่เป็นข้อมูลประกอบ และหากพบว่าข้อมูลมีทิศทางไปในแนวเดียวกัน ก็ให้ใช้ข้อมูลจากความทรงจำของแม่ในการหาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนด้วย

การดูสมุดบันทึกฯ เป็นการดูข้อมูลย้อนหลังวัคซีนที่ได้รับไปในขวบปีที่ผ่านมา กล่าวคือ การศึกษาความครอบคลุมของวัคซีนในขวบปีแรก หรือ 0-1 ปี ก็จะต้องดูจากสมุดบันทึกของเด็กที่อายุ 1-2 ปี สำหรับในกลุ่มอายุ 0-1 ปี ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ให้ใช้ศึกษาการรับวัคซีนบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ แต่การศึกษานี้ไม่อาจทำได้เนื่องจากพบว่าโรงพยาบาลที่ฝากท้องซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนไม่มีการบันทึกการได้รับวัคซีนนี้ในสมุดบันทึกสุขภาพ

วัคซีนป้องกันโรคต่างๆ ที่ศึกษา ได้แก่

BCG วัคซีนป้องกันวัณโรค

HB วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบบี (HB3 คือการรับวัคซีนเข็มที่ 3)

OPV วัคซีนป้องกันโปลิโอ (OPV3, OPV4 คือการรับวัคซีนเข็มที่ 3 และ 4)

DTP วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก (DTP3, DTP4 คือการรับวัคซีนเข็มที่ 3 และ 4)

MMR วัคซีนป้องกันโรคหัด

JE วัคซีนไขป้องกันโรคไขสมองอักเสบ (JE2, JE3 คือการรับวัคซีนเข็มที่ 2 และ 3)

ในภาพรวม แนวทางการศึกษาเป็นดังต่อไปนี้

กลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปี ศึกษาการได้ไปรับวัคซีนตามนัดหมายจากสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก

กลุ่มเด็กอายุ 1-2 ปี ศึกษาความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรก ได้แก่ BCG, HB3, OPV3, DPT3 และ MMR จากสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก และจากความทรงจำของแม่

กลุ่มเด็กอายุ 2-3 ปี ศึกษาความครอบคลุมของการรับวัคซีนพื้นฐานและวัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกันในช่วงอายุ 3-4 ปี ได้แก่ OPV4, DTP4, JE2 จากสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก

กลุ่มเด็กอายุ 3-4 ปี ศึกษาความครอบคลุมของการรับวัคซีนพื้นฐานและวัคซีนกระตุ้นภูมิคุ้มกันในช่วงอายุ 4-5 ปี ได้แก่ JE3

6.6.1 การมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก

การศึกษาเชิงปริมาณจากแม่ต่างด้าวที่มีเด็ก 125 ราย พบว่า มีเด็กต่างด้าวจำนวนพอสมควรที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ทั้งนี้ เด็กต่างด้าวในกลุ่มที่มีอายุน้อย จะมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กติดตัว มากกว่าเด็กในกลุ่มอายุมากกว่า ดังแสดงในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 เด็กต่างด้าวที่มีสมุดสุขภาพเด็ก จำแนกตามกลุ่มอายุ

การมีสมุดสุขภาพเด็ก (สมุดสีชมพู)	รวมทุกกลุ่มอายุ (N=125)		จำแนกตามกลุ่มอายุ					
			0-1 ปี (n=62)		1-2 ปี (n=24)		2-5 ปี (n=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มี	82	65.6	50	80.6	14	58.3	18	46.2
ไม่มี	43	34.4	12	19.4	10	41.7	21	53.8

ผลจากการสนทนากลุ่ม พบว่าสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก 3 ประเภท คือ

- 1) สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสีชมพู จัดทำตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขไทย การศึกษาพบจากแม่ที่คลอดที่โรงพยาบาลของรัฐที่รับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวทั้งในสังกัดของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิศจิน เป็นต้น และโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นต้น

- 2) สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสีชมพู 3 ภาษา ไทย พม่า และอังกฤษ จัดทำตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขไทย แต่มีภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาไทยเพิ่มเติมเข้ามาเพื่อสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย พบจากแม่ที่คลอดที่โรงพยาบาลของรัฐที่เมืองศรีนครพัฒนาเอกชนร่วมสนับสนุนพัฒนาการให้บริการ ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวาทยานนท์
- 3) สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสีขาว จัดทำโดยโรงพยาบาลในเครือบางประกอกอินเตอร์เนชั่นแนล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวในกรุงเทพมหานครที่รับประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว สมุดนี้มีรูปแบบไม่เหมือนกับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กสีชมพู และมีข้อมูลที่แตกต่างคือ ไม่มีข้อมูลการรับวัคซีนบาดทะยักในช่วงฝากท้องของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงฝากท้อง

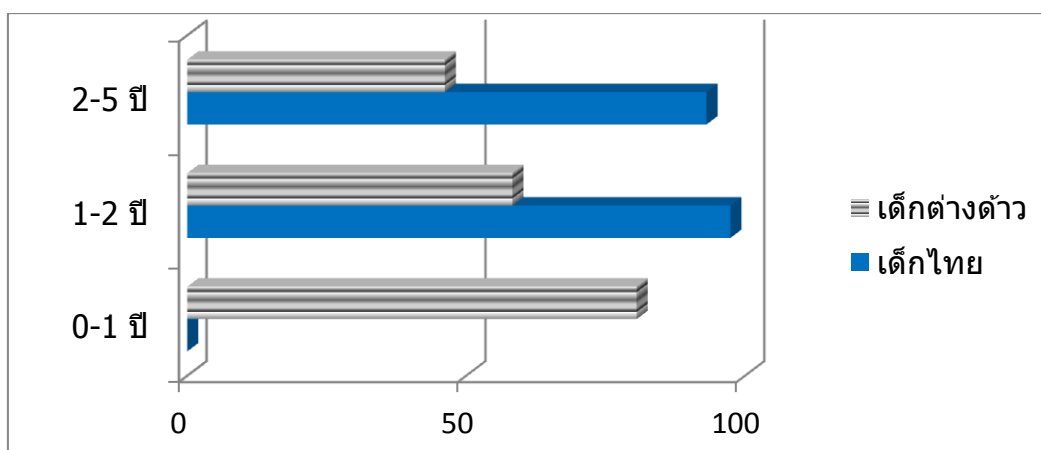
การศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มแม่ต่างด้าวพบว่า เข้าใจประโยชน์ของสมุดบันทึกสุขภาพเด็กในด้านกำหนดนัดหมายรับวัคซีน นอกจากนี้ ยังกล่าวว่าสมุดบันทึกสุขภาพเด็กยังสามารถนำไปใช้ยื่นที่สถานพยาบาลในกรณีเด็กเจ็บป่วย เป็นหลักฐานหนึ่งที่แสดงว่าเด็กเกิดเมื่อไรและที่ไหน รวมทั้งสามารถนำไปรับวัคซีนต่อเนื่องหากเดินทางกลับประเทศต้นทางได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีประโยชน์ แต่ไม่มีใครตอบได้ว่าควรเก็บสมุดบันทึกสุขภาพเด็กไว้ถึงเด็กอายุเท่าไร แต่ส่วนใหญ่ก็เข้าใจว่าเก็บไว้จนเด็กได้รับวัคซีนครบ ซึ่งความครบของวัคซีนก็มีความเข้าใจที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น ขวบปีแรก ขวบครึ่ง หรือ 2-3 ปี เป็นต้น ดังนั้นความเข้าใจต่อระยะเวลาการรับวัคซีน จึงอาจส่งผลให้ยังคงเก็บสมุดบันทึกสุขภาพเด็กในกรอบเวลาที่แตกต่างกันไป

จากการดูสมุดบันทึกสุขภาพเด็กของแม่ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ทำให้มีข้อสังเกตว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลงเดิมนัดหมายเป็นภาษาไทย ซึ่งไม่สามารถสื่อสารกับแม่ต่างด้าวให้เข้าใจได้ ทำให้การรับรู้วันนัดหมายต้องทำโดยการให้เพื่อนบ้านคนไทยช่วยดูให้ ซึ่งแม่ต่างด้าวก็มีข้อเสนอแนะว่าหากใช้ตัวเลขแทนชื่อเดือนย่อภาษาไทย จะทำให้เข้าใจวันนัดหมายได้ดีกว่า

การศึกษาพบแม่จำนวน 4 รายที่คลอดลูกที่ประเทศต้นทางและเดินทางมายังประเทศไทยในช่วงเด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งปี พบว่า ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กจากคลินิก และแผ่นพับรับวัคซีนจากสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ประเทศต้นทาง แต่ไม่ได้นำมาด้วยเพราะไม่แน่ใจว่าจะใช้รับวัคซีนต่อเนื่องที่ประเทศไทยได้หรือไม่ ดังนั้นกลุ่มนี้จึงยังไม่ได้รับวัคซีนต่อเนื่องจากที่เคยได้รับมาบ้างแล้วที่ประเทศต้นทาง

เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กต่างด้าวที่มีสมุดสุขภาพเด็ก กับเด็กไทยทั่วประเทศ²¹ พบว่า เด็กไทยในช่วงอายุ 1-2 ปี มีสมุดบันทึกสุขภาพสูงถึงร้อยละ 97.4 ลดลงเล็กน้อยเมื่อเด็กอายุถึง 4 ปีเหลือเฉลี่ยร้อยละ 95.3 และเมื่อเด็กไทยอายุ 5-6 ขวบ จะมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเหลือร้อยละ 88.6 ในขณะที่ผลการศึกษาในเด็กต่างด้าว ที่พบว่ามีสมุดบันทึกสุขภาพสูงที่สุดในขวบปีแรกเพียงร้อยละ 80.6 เท่านั้น (ข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขไม่มีข้อมูลในขวบปีแรก) ผลการเปรียบเทียบกับการมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก จากรายงานความครอบคลุมของวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2551 โดยเปรียบเทียบในกลุ่มเด็กอายุ 1-2 ปี และ 2-5 ปี (ใช้ค่าเฉลี่ยของกลุ่มอายุ 2-3 และ 3-4 ปี) ได้ผลดังแผนภาพที่ 10 ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันค่อนข้างชัดเจน

แผนภาพที่ 9 เปรียบเทียบการมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ของเด็กไทยและเด็กต่างด้าว



หมายเหตุ: ในกลุ่มอายุ 0-1 ปี ไม่มีข้อมูลเด็กไทยเปรียบเทียบ

สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ค่อนข้างมีความหมายต่อการไปรับวัคซีนมาก เนื่องจากการศึกษาเชิงปริมาณพบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปีที่มีสมุดสุขภาพเด็กจำนวน 50 ราย พบว่า ทุกรายมีข้อมูลการไปรับวัคซีน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นการรับวัคซีนตรงตามนัดหมายถึงร้อยละ 94.0 แสดงให้เห็นว่า การได้รับแจกสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเมื่อฝากท้องหรือหลังคลอด และแม่เด็กยังคงเก็บไว้นั้น เป็นกลไกสำคัญในการทำให้เด็กต่างด้าวได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องตามนัดหมายได้

6.6.2 ความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐาน

เด็กทุกคนที่เกิดในประเทศไทย จะต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อทุกชนิด ตามกำหนดนัดหมายโดยไม่แบ่งแยกสัญชาติและเชื้อชาติ ทั้งนี้ สำหรับประเทศไทย อายุที่ครบกำหนดรับวัคซีนเป็นดังต่อไปนี้คือ

²¹ กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551

ตารางที่ 29 ช่วงอายุของกลุ่มเป้าหมายการให้วัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคเด็กของกระทรวงสาธารณสุข²²

วัคซีน	อายุของกลุ่มเป้าหมาย
BCG	แรกเกิด
HB*	แรกเกิด 2 เดือน 6 เดือน
DTP*	2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน 18 เดือน 4-6 ปี
OPV	2 เดือน 4 เดือน 6 เดือน 18 เดือน 4-6 ปี
MMR	9-12 เดือน 6-7 ปี
JE	18 เดือน (2 เข็มห่างกัน 4 สัปดาห์) และ 2 ปีครึ่ง (1 ปีหลังเข็มสอง)

* ประเทศไทย ได้ปรับให้วัคซีน DTP และ HB เป็นวัคซีนรวม ฉีดในเข็มเดียวกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551

การศึกษาเพื่อหาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกของเด็กต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร ได้มาจากข้อมูลการรับวัคซีนในกลุ่มเด็กอายุ 1-2 ปีที่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก จำนวน 13 ราย เพื่อดูหลักฐานการได้รับ วัคซีนวัณโรค (BCG) คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-ไวรัสตับอักเสบบี เข็มที่ 3 (DTP-HB3) โปлиоครั้งที่ 3 (OPV3) และ หัด (MMR) ในช่วงที่เด็กอายุ 0-1 ปี และจากการสอบถามความทรงจำของแม่ในกลุ่มที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก จำนวน 10 รายที่อายุระหว่าง 1-2 ปี ผลการศึกษาเป็นไปดังแสดงในตารางที่ 30 และ 31

ตารางที่ 30 ประวัติการรับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรก ในกลุ่มที่มีสมุดสุขภาพเด็ก

เด็กอายุ 1-2 ปี (แต่ไม่ถึง 2 ปี) (N-14)	วัคซีนพื้นฐานที่ได้รับ (n=13 ไม่มีข้อมูล =1)							
	BCG		DTP-HB3		OPV3		MMR	
	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้	ได้	ไม่ได้
จำนวน	12	1	9	4	9	4	7	6
ร้อยละ	92.3	7.3	69.2	30.8	69.2	30.8	53.8	46.2

จากตารางที่ 30 นำสังเกตว่าร้อยละของการได้รับวัคซีนนั้น วัคซีน BCG ที่ได้รับเมื่อแรกคลอดนั้นค่อนข้างสูง แต่พบว่าเมื่ออายุเด็กมากขึ้น การรับวัคซีนอย่างครบถ้วนครบ 3 ครั้งของ DTP-HB และ OPV รวมทั้งวัคซีน MMR กลับน้อยลงตามลำดับ และเมื่อสอบถามจากความทรงจำของแม่ที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเป็นหลักฐาน ก็พบการได้รับ วัคซีนดังแสดงในตารางที่ 31

²² สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข, 2550

ตารางที่ 31 การรับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรก ในกลุ่มที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก (จากความทรงจำของแม่)

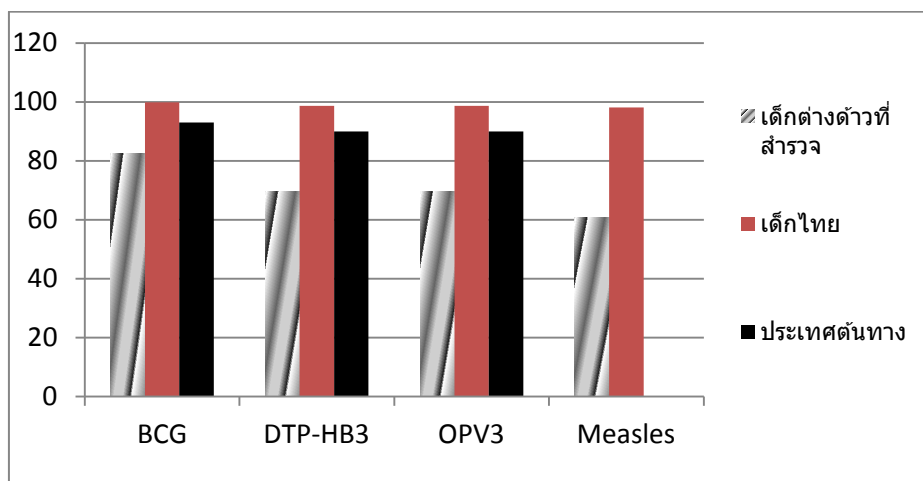
กลุ่มอายุ 1-2 ปี (N= 10)	วัคซีนที่น่าจะได้รับ					
	ได้รับก่อนออกจากรพ. (BCG)		หยอดและฉีดในคราวเดียวกัน รวม 3 ครั้ง (DTP-HB3, OPV3)		MMR (1 เข็ม 1 ครั้ง อายุ 9 -12เดือน)	
	ได้	ไม่ได้ ไม่แน่ใจ	ได้	ไม่ได้ ไม่แน่ใจ	ได้	ไม่ได้ ไม่แน่ใจ
จำนวน	7	3	7	3	7	3
ร้อยละ	70.0	30.0	70.0	30.0	70.0	30.0

การพิจารณาความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรก ใช้วิธีการนำข้อมูลที่ได้จากทั้งที่ได้จากสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก และจากความทรงจำของแม่ ตามแนวทางการศึกษาเดียวกับของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีนในประเทศไทยที่สำรวจใน พ.ศ. 2551 ที่ได้จากการสุ่มตัวอย่างเด็กไทยจาก 12 จังหวัดๆละ 150 คน การสำรวจในครั้งนั้นไม่รวมเด็กต่างด้าวที่เป็นบุตรของแรงงานอพยพ และเด็กต่างด้าวในค่ายผู้ลี้ภัย และเนื่องจากจังหวัดในการสุ่มสำรวจในครั้งนั้นไม่มีกรุงเทพมหานคร จึงต้องเปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศไทย²³ นอกจากนี้ ยังได้พยายามเปรียบเทียบกับความครอบคลุมที่ประเทศต้นทางด้วย โดยใช้ข้อมูลการสำรวจล่าสุดในปี 2546²⁴ ที่ได้จากเอกสารบันทึกสุขภาพเด็ก ซึ่งทั้งการสำรวจในประเทศไทย และประเทศต้นทาง ใช้แนวทางเดียวกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 10

²³ อ้างแล้วใน 22

²⁴ Myanmar: WHO and UNICEF estimates of national immunization coverage: 2010 revision, July 15, 2011: page 11

แผนภาพที่ 10 ร้อยละของความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกในเด็กไทย
และเด็กต่างด้าวที่สำรวจ



หมายเหตุ: ข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีนในประเทศต้นทาง ไม่มีความครอบคลุมของ Measles

พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานของเด็กต่างด้าวที่สำรวจสำหรับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกนั้นค่อนข้างต่ำกว่าภาพรวมของประเทศไทยมาก จากการหาหรืออย่างไม่เป็นทางการกับผู้รับผิดชอบแผนงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การพัฒนาความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กกลุ่มต่างด้าว ควรทำให้ได้ถึงร้อยละ 90 สำหรับวัคซีนพื้นฐานทุกชนิด อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต้นทางพบว่า ความครอบคลุมยังต่ำกว่าเช่นกัน ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การที่เด็กเติบโตในครอบครัวที่มีการอพยพย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการเป็นไปได้อย่าง ส่งผลให้ความครอบคลุมของวัคซีนในขวบปีแรก ต่ำกว่าทั้งในประเทศต้นทาง และประเทศปลายทางของการอพยพแรงงาน

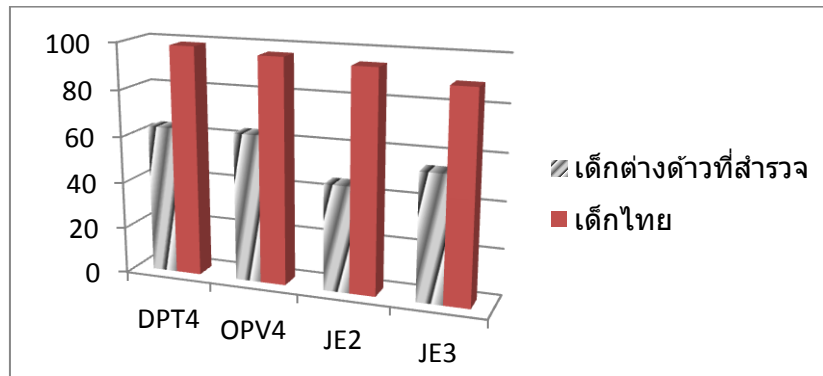
สำหรับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนครบในเด็กกลุ่มอายุ 2-4 ปี โดยดูข้อมูลการได้รับวัคซีน DTP และ OPV ครั้งที่ 4 รวมทั้งการได้รับวัคซีน JE ครั้งที่ 2 และ 3 พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาที่มีสมุทบันท์สุขภาพเด็กนั้นมีน้อยมาก แต่ก็อาจพอสรุปได้ว่า ความครอบคลุมของวัคซีนนั้นน้อยลงตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 32

ตารางที่ 32 ประวัติการรับวัคซีนพื้นฐานในช่วงอายุ 2-3 ปี และ 3-4 ปี ในกลุ่มที่มีสมุทสุขภาพเด็ก

ช่วงอายุ		วัคซีนที่ได้รับ			
		DTP4	OPV4	JE2	JE3
2-3 ปี (n= 11)	จำนวน	7	7	5	
	ร้อยละ	63.6	63.6	45.6	
3-4 ปี (n= 8)	จำนวน				6
	ร้อยละ				54.5

และเมื่อนำข้อมูลเปรียบเทียบกับความครอบคลุมของการรับวัคซีนในกลุ่มอายุ 2-4 ปีจากการสำรวจของเด็กไทย ใน พ.ศ. 2551 พบว่า แม้ว่าความครอบคลุมของวัคซีน DPT4 และ OPV4 รวมทั้งวัคซีน JE2 และ JE3 จะลดลงในเด็กไทย แต่พบว่าในกลุ่มเด็กต่างด้าวกลับลดลงในสัดส่วนที่มากกว่าที่ลดลงในเด็กไทย ส่งผลให้ความครอบคลุมวัคซีนในเด็กต่างด้าวในกลุ่มอายุ 2-4 ปี มีความแตกต่างจากภาพรวมของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น

แผนภาพที่ 11 ร้อยละของความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กกลุ่มอายุ 2-4 ปี ในเด็กไทยและเด็กต่างด้าวที่สำรวจ

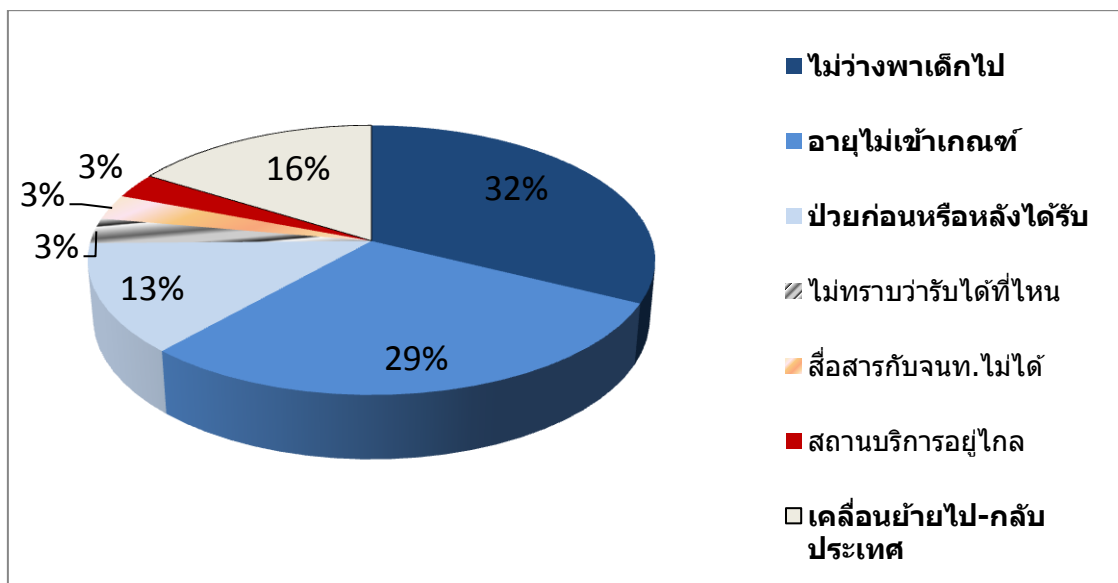


ข้อเท็จจริงที่ได้จากการสนทนากลุ่มชี้ว่า การรับวัคซีนในประเทศไทย และประเทศต้นทางมีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ในประเทศต้นทาง บริการวัคซีนจะเป็นหน่วยเคลื่อนที่ไปตามหมู่บ้าน นอกจากบริการวัคซีน ยังมีการชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูงเพื่อติดตามพัฒนาการเด็ก เช่นเดียวกับบริการของคลินิกเด็กดีของประเทศไทย (well-baby clinic) เมื่อใกล้วันนัดหมาย ผู้นำชุมชนจะประกาศให้สมาชิกชุมชนทราบล่วงหน้าว่าหน่วยบริการฯ จะมาในวัน-เวลา และสถานที่ใด เพื่อให้ครอบครัวที่มีลูกเข้าเกณฑ์รับวัคซีนมารับโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งค่อนข้างสะดวกสำหรับแม่ลูกอ่อนที่ไม่ต้องเดินทางไปยังสถานอนามัย แต่หากไม่สามารถมาตามนัดหมายที่ชุมชนได้ จะต้องพาไปรับวัคซีนที่อนามัยเองและเสียค่าใช้จ่ายในการบริการด้วย กลุ่มแม่ต่างด้าวที่สนทนาด้วยบางราย จึงกล่าวว่าการรับวัคซีนที่ประเทศไทยนั้นราคาแพง อย่างไรก็ตามก็มีความเชื่อว่า วัคซีนไทยน่าจะดีกว่าเพราะประเทศไทยมีความเจริญด้านสาธารณสุขมากกว่า

การไปรับวัคซีนที่ประเทศไทยนั้น มีวิธีที่ตรงกันข้ามกับที่ประเทศต้นทาง กล่าวคือต้องไปรับที่สถานบริการตรงตามกำหนดนัดหมายที่มีให้บริการ ทำให้แม่ต่างด้าวจำนวนมากพลาดนัดหมายวัคซีน ทั้งนี้พบว่า แม่ต่างด้าวมีความกระตือรือร้นในการไปรับวัคซีนมากหลังคลอด แต่เมื่อลูกโตขึ้น ก็ต้องกลับเข้าทำงานโดยมีวันหยุดที่ไม่ตรงกับวันให้บริการ ทั้งนี้พบว่า มีแม่ต่างด้าวจำนวนหนึ่งที่ยินดีไปรับวัคซีนที่คลินิกใกล้บ้าน โดยยอมเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือวัคซีนทารกอายุ 2 เดือน ราคา 380 บาท วัคซีนเมื่อเด็กอายุ 3 เดือน ราคา 410 บาท แต่สาเหตุที่เลือกไปคลินิกแม้ว่าจะแพง เพราะใกล้ที่พัก สะดวก ไม่มีรอบการฉีดเฉพาะวัน หากไปตามนัดไม่ได้ก็พาไปอีกครั้งเมื่อไรก็ได้ภายใน 1 เดือน ทั้งนี้ เพื่อแลกกับการได้ทำงานและการเดินทางไปสถานบริการสาธารณสุขที่ต้องเสียค่าเดินทางและเวลา อย่างไรก็ตาม พบว่าแม่ต่างด้าวก็ขาดความรู้ในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขชุมชนที่ใกล้บ้านด้วย รู้จักแต่เฉพาะบางสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ค่อนข้างไกลกว่าจากบ้านตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านเท่านั้น

การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แม่ต่างด้าวส่วนใหญ่ตระหนักว่าควรพาลูกไปรับตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเข้าใจว่าวัคซีนมีประโยชน์ ทำให้เด็กแข็งแรง และป้องกันโรค หรือหากเป็นโรคก็จะมีอาการไม่ร้ายแรง แต่ก็ยังขาดความเข้าใจในเรื่องการรับครบตามกำหนดนัดหมาย และอายุที่ควรได้รับวัคซีน การศึกษาเชิงปริมาณก็มีความสอดคล้องกับเชิงคุณภาพ พบว่า สาเหตุที่เด็กต่างด้าวพลานัดรับวัคซีนมากที่สุดคือการไม่ว่างพาเด็กไปรับในวันนัดหมาย รองลงมาคือไม่เข้าใจเกณฑ์อายุที่ควรได้รับ ลูกมีอาการป่วยก่อนหรือหลังรับวัคซีนและไม่ทราบว่ารับได้ที่ไหน รายละเอียดในแผนภาพที่ 12

แผนภาพที่ 12 สาเหตุของการพลาดนัดรับวัคซีนในเด็กต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร



- หมายเหตุ
- 1) การตอบข้อคำถามนี้ มีผู้ที่ตอบสาเหตุมีจำนวนค่อนข้างน้อย คือ 31 ราย
 - 2) ผู้สัมภาษณ์ไม่ได้แยกข้อมูลการป่วยก่อนหรือหลังได้รับวัคซีน

นอกเหนือจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การลงวันนัดหมายในสมุดบันทึกสุขภาพเด็กด้วยภาษาที่แม่ต่างด้าวเข้าใจก็มีความสำคัญ โดยเสนอแนะให้ลงเดือนเป็นตัวเลขซึ่งจะทำให้สื่อสารวันนัดหมายได้ดีที่สุด หากพลาด (เช่นเดียวกับที่คลินิก) นัด แม่ส่วนใหญ่จะทราบว่าเลื่อนนัดได้ในกรอบเวลา 2-4 สัปดาห์ ด้วยความเป็นคนต่างด้าว ความกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำหนิก็ทำให้กลัวการไปรับในครั้งต่อไป ทั้งนี้พบว่า แม่ต่างด้าวที่พาลูกจากพม่ามาอยู่ที่ประเทศไทย ไม่ทราบว่า จะนำลูกเข้าสู่บริการวัคซีนต่อเนื่องได้อย่างไร เนื่องจากไม่ได้มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กจากประเทศต้นทางติดตัวมา จึงทำให้ไม่กล้าไปรับวัคซีนที่สถานบริการ ประกอบกับความสับสนในอายุที่ควรได้รับวัคซีน ทำให้คิดว่าน่าจะครบตามเกณฑ์ของประเทศต้นทางแล้ว

6.6.3 การได้รับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ

โครงการกวาดล้างโปลิโอในประเทศไทย เริ่มต้นตั้งแต่ พ.ศ. 2533 ภายหลังจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก พ.ศ. 2531 ในการประชุมครั้งนั้นได้ประกาศเป้าหมายที่จะกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากโลก โดยดำเนินการตามมาตรการสำคัญ 4 ประการ คือ เร่งรัดระดับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอในเด็กกลุ่มเป้าหมายอายุต่ำกว่า 5 ปี พร้อมกับรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงเป็นประจำทุกปี เร่งรัดพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis: AFP) ร่วมกับการดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคทันที

การดำเนินงานกวาดล้างโรคโปลิโอในประเทศไทยมีความก้าวหน้าตามลำดับ สามารถกวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไปได้จากประเทศตามเป้าหมาย โดยปัจจุบันไม่พบผู้ป่วยโปลิโอมาเป็นเวลากว่า 14 ปี (พบผู้ป่วยรายสุดท้ายเมื่อ พ.ศ.2540) รวมทั้งในปัจจุบันอัตราความครอบคลุมการรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ 3 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 99 แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีเด็กด้อยโอกาสในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้ายอพยพทั้งที่เป็นเด็กไทยและเด็กต่างด้าว ที่เข้าถึงการบริการวัคซีนในระบบปกติได้ยาก อาจจะยังไม่เคยได้รับวัคซีน หรือยังได้รับไม่ครบถ้วนตามกำหนด ดังนั้น การระดมให้วัคซีนโปลิโอให้ครอบคลุม จึงเป็นมาตรการสำคัญที่จะป้องกันประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศ ทั้งนี้ ในกลุ่มเด็กต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ได้กำหนดการณรงค์ไว้ที่อายุต่ำกว่า 15 ปีตั้งแต่เริ่มการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอในประเทศ แต่การหยุดวัคซีนโปลิโอในกลุ่มเด็กเหล่านี้ยังพบข้อจำกัดในการเข้าถึง

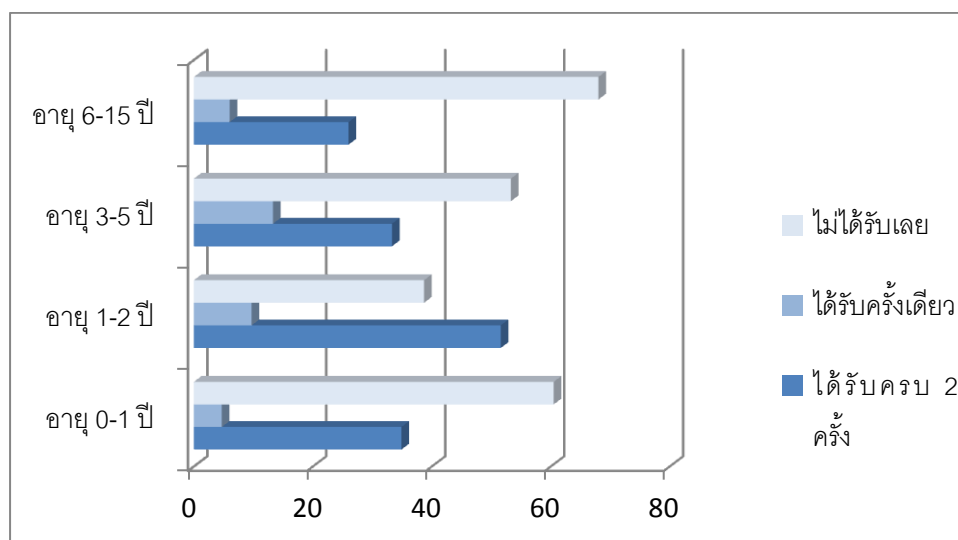
ต่อมาใน พ.ศ. 2553 กระทรวงสาธารณสุขไทย ได้ตกลงเห็นด้วยกับข้อเสนอการกำจัดโรคหัด ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จากผลการปรึกษาหารือร่วมกับประเทศต่างๆ ในการประชุม World Health Assembly 2010 โดยได้มอบหมายให้กรมควบคุมโรค จัดทำแผนดำเนินโครงการกวาดล้างโปลิโอและโรคหัด พ.ศ. 2553-2563 แผนนี้ มีเป้าหมายหลักคือ 1) เพื่อรักษาสถานะปลอดโรคโปลิโอในประเทศไทย 2) เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหัดในประเทศไทยลงเหลือไม่เกิน 1 รายต่อประชากรหนึ่งล้านคนในปี 2563 สารสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ รณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอแก่เด็กในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ ให้ได้ความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90²⁵

ผลการศึกษาในด้านการได้รับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอประจำปี 2554 ของกรุงเทพมหานครซึ่งดำเนินการในเดือนมกราคม และ เดือนกุมภาพันธ์ 2555 โดยเลื่อนมาจากเดือนธันวาคม-มกราคม 2554 เนื่องจากสถานการณ์น้ำท่วม ได้มาจากการสัมภาษณ์แม่ของเด็กต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในระหว่างการศึกษาจำนวน 135 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีนรณรงค์นี้ โดยการสอบถามการไปรับวัคซีนของลูกที่อายุระหว่าง 0-15 ปีครั้งล่าสุด ในเดือนมกราคม และกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา โดยระบุการรับวัคซีนโปลิโอเป็นสามลักษณะคือ 1) รับครบทั้งสองครั้ง 2) รับเพียงครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 และ 3) ไม่ได้รับเลยทั้งสองครั้ง

²⁵ ศูนย์ประสานงานโครงการกวาดล้างโปลิโอและโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ, 2554

หากพิจารณาผลการรับตามกลุ่มอายุก่อน คือ 0-1 ปี, 1-2 ปี, 3-5 ปี และ 6-15 ปี พบว่าแต่ละกลุ่มอายุได้รับวัคซีนรณรงค์โปลิโอที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 6-15 ปี มีร้อยละที่ไม่ได้รับวัคซีนทั้งสองครั้งสูงที่สุดถึงร้อยละ 68.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 0-1 ปี ร้อยละ 60.5 สำหรับในกลุ่มอายุ 1-2 ปี และ 3-5 ปี แม้ว่าจะน้อยกว่ากลุ่มอายุที่กล่าวมา แต่ก็ยังคงมีจำนวนมากถึงร้อยละ 38.7 และ 53.3 ตามลำดับ มีจำนวนหนึ่งที่ได้รับเพียงครั้งเดียวแต่ค่อนข้างน้อย ดังแสดงในแผนภาพที่ 13

แผนภาพที่ 13 การได้รับวัคซีนรณรงค์โปลิโอของเด็กต่างด้าว จำแนกตามกลุ่มอายุ



การที่แม่ต่างด้าวจำนวนมากไม่พาลูกไปรับวัคซีนโปลิโอ ได้สะท้อนจากข้อค้นพบจากผลการศึกษาเชิงปริมาณว่า แม่ต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการรณรงค์รับวัคซีนโปลิโอ เพราะแม่ต่างด้าวจะรับรู้เรื่องการรณรงค์หยุดวัคซีนโปลิโอร้อยละ 67.9 แต่ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องอายุที่ควรได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่เข้าใจว่า อายุที่ควรได้รับคืออยู่ในวัยทารก โดยมีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 2.2 เท่านั้น นอกจากนี้ ยังมีผู้เข้าใจถูกต้องถึงจำนวนครั้งที่ต้องหยุด เพียงร้อยละ 18.6 ดังแสดงในตารางที่ 33

ตารางที่ 33 ความเข้าใจในการหยอดวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ

แม่ที่มีลูก อายุ 0-15 ปี (N=135)	ความรู้เรื่องการ รณรงค์ (n=131 ไม่มีข้อมูล =4)		อายุที่ควรได้รับ (N=135)			จำนวนครั้งที่หยอดต่อปี (n=129 ไม่มีข้อมูล =6)		
	รู้	ไม่รู้ ไม่แน่ใจ	ตอบถูก (ตอบ 0-15 ปี)	ตอบ ผิด	ไม่ แน่ใจ ไม่รู้	2 ครั้ง (ตอบถูก)	1 ครั้ง	ไม่แน่ใจ ไม่รู้
จำนวน	89	42	3	17	115	24	3	102
ร้อยละ	67.9	32.1	2.2	12.6	79.8	18.6	2.3	79.1
				92.4			81.4	

จึงอาจกล่าวได้ว่า การที่แม่จำนวนมากไม่ได้ไปหยอดวัคซีนในช่วงการรณรงค์ เนื่องจากมีเพียงสองในสามเท่านั้นที่รับรู้ว่าการรณรงค์ อย่งไรก็ตาม การขาดความรู้ความเข้าใจในอายุที่ควรได้รับ และจำนวนครั้งที่ต้องหยอดวัคซีน ส่งผลให้แม่ไม่พาลูกออกไปรับวัคซีน แม้จะรับรู้ว่าการรณรงค์ก็ตาม

- ในกลุ่มอายุที่เด็กโต คือ 6-15 ปี พบร้อยละการไม่ได้ไปรับสูงที่สุด เนื่องจากอาจสับสนกับการรณรงค์ในเด็กไทยที่เน้นที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- ในกลุ่มเด็กเล็ก อายุ 0-1 ปี พบความสับสนระหว่างการหยอดวัคซีนโปลิโอในช่วงรณรงค์ และการรับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกที่ต้องรับตามกำหนดนัด ที่เข้าใจว่าหมอไม่ได้นัดหมายตามสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก จึงไม่มารับในช่วงรณรงค์ และพบว่าร้อยละของการไม่ได้ไปรับก็สูงพอๆ กับกลุ่มเด็กอายุ 0-15 ปี

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ แม่ต่างด้าวทั้งหมด ยกเว้นในกลุ่มที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนลงทำงานชุมชน ไม่เคยได้รับรู้เรื่องการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอเลย แต่ทั้งหมดคุ้นเคยกับการรณรงค์ที่ประเทศต้นทาง โดยจะมีการรณรงค์ทุกปีและประกาศนัดหมายวัน-เวลาให้คนในชุมชนพาเด็กอายุ 0-5 ปีมารับบริการในสถานที่ที่นัดหมายในชุมชน ด้วยเหตุนี้เอง กลุ่มแม่ต่างด้าว จึงอาจสับสนในเรื่องอายุที่ต้องรับวัคซีนรณรงค์จากประสบการณ์ตรงในประเทศต้นทาง และอายุที่ควรได้รับในประเทศไทย อย่งไรก็ตามพบว่า มีแม่ต่างด้าวจำนวนหนึ่ง เข้าใจว่าลูกของตนเองเคยได้รับการหยอดวัคซีนโปลิโอแล้ว ดังนั้น จึงไม่เข้าข่ายกลุ่มเป้าหมายในการหยอดวัคซีนรณรงค์แต่อย่างใด

ทั้งนี้ ในกลุ่มที่ไปรับแต่ได้รับเพียงครั้งเดียว พบว่า มีหน่วยมาให้บริการหยอดวัคซีนในชุมชนเพียงครั้งเดียว และหน่วยดังกล่าวได้ย้ายไปที่ชุมชนอื่นในการหยอดครั้งที่สอง ทำให้แม่ต่างด้าวที่พาลูกไปหยอดวัคซีนในครั้งแรก ไม่ทราบว่าจะไปรับครั้งที่สองในเดือนถัดไปที่ใด

การศึกษาเชิงปริมาณเพื่อทำความเข้าใจกับแหล่งรับรู้เรื่องการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ พบว่า อาจเพราะความสับสนเกี่ยวกับการวัคซีนรณรงค์ และวัคซีนพื้นฐาน ทำให้แหล่งรับรู้มากที่สุดคือบุคลากรที่โรงพยาบาล รองลงมาคือองค์กรพัฒนาเอกชน ดังผลในตารางที่ 34 ซึ่งทำให้แนวทางการให้ข้อมูลการรณรงค์หยุดวัคซีนโปลิโอ ควรได้สร้างความเข้าใจผ่านบุคลากรทางด้านสุขภาพทั้งสถานพยาบาลภาครัฐและของเอกชนด้วย เพราะแม่ต่างด้าวจำนวนมากในกรุงเทพมหานคร ได้ทำประกันสุขภาพ และคลอดบุตรที่โรงพยาบาลในเครือบางประกอกอินเตอร์เนชั่นเนล เนื่องจากกลุ่มแม่ต่างด้าวที่มีลูกเข้าข่ายการรณรงค์ส่วนหนึ่ง คือในกลุ่มที่มีลูกอายุ 0-1 ปี ต้องไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพเป็นประจำอยู่แล้ว โดยเฉพาะการสร้างควมเข้าใจว่าถึงแม้ลูกจะได้รับวัคซีนโปลิโอตามกำหนดนัดในสมุดบันทึกสุขภาพเด็กอยู่แล้ว ก็มีความจำเป็นต้องไปรับในระหว่างการรณรงค์โปลิโอด้วย

ตารางที่ 34 แหล่งรับรู้เรื่องวัคซีนโปลิโอ

แม่ที่มีลูก อายุ 0-15 ปี (N=135)	แหล่งเรียนรู้มากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว) (n=99 ไม่มีข้อมูล 26 ราย ไม่ทราบ 10 ราย)						
	แพทย์/ พยาบาลที่ โรงพยาบาล	ศูนย์ NGO อาสาสมัคร ต่างด้าว	เพื่อนบ้าน	เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข	สมาชิกใน ครอบครัว	คลินิก	อื่นๆ
จำนวน	43	18	14	14	6	2	2
ร้อยละ	43.4	18.2	14.1	14.1	6.1	2.0	2.0

นอกจากนี้ ยังพบว่า การใช้อาสาสมัครต่างด้าวนั้นเป็นกลไกที่ได้ผลดี เนื่องจากการวิเคราะห้แม่ต่างด้าวที่ระบุว่าจะเรียนรู้เรื่องนี้จากอาสาสมัคร และ ศูนย์ NGO (Drop-in Center ในชุมชนที่มีอาสาสมัครต่างด้าวประจำอยู่) ร้อยละ 18.2 ดังตารางที่ 35 เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มที่พาถูกไปหยุดวัคซีนโปลิโอครบทั้ง 2 ครั้งด้วย ดังนั้น การให้แจ้งข่าวสารเรื่องการรับวัคซีนโปลิโอ ผ่านสื่อบุคคล โดยอาสาสมัครที่สื่อสารภาษาเดียวกัน เพื่อให้กลุ่มแม่ที่มีลูกเข้าข่ายรับวัคซีนบอกต่อกันไป จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่สำคัญในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจและออกมารับวัคซีนในช่วงรณรงค์

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ กล่าวคือ แม่ต่างด้าวแนะนำวิธีการแจ้งข่าวและชักชวนแม่ให้พาลูกมารับวัคซีนโปลิโอในลักษณะเชิงรุกในพื้นที่ ด้วยการบอกต่อกันผ่านผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งมักมีในทุกชุมชนอยู่แล้ว และ/หรือ ใช้อาสาสมัครต่างด้าวที่สื่อสารภาษาเดียวกันได้ ให้บอกต่อกันในกลุ่มแม่ ซึ่งจะทำให้การกระจายข่าวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก เนื้อหาที่บอกต่อกันควรเป็นเรื่องประโยชน์และความสำคัญ อายุที่ต้องได้รับ วัน-เวลา และสถานที่นัดหมายที่ชัดเจน ในชุมชนมีลักษณะเป็นตลาดที่มีแรงงานต่างด้าวทำงานจำนวนมาก ให้เสริมด้วยการประกาศ

ที่ตลาดด้วยภาษาที่คนต่างด้าวเข้าใจได้ การมีของที่ระลึกที่มูลค่าเล็กน้อยมาแจกด้วย จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้แม่ต่างด้าวเข้ามาร่วมกิจกรรมหยอดวัคซีนได้มากยิ่งขึ้น

ในภาพรวมของการรับวัคซีนรณรงค์โปลิโอครบทั้งสองครั้ง ในรอบการรณรงค์ของปีที่ผ่านมา พบว่า มีสัดส่วนของการรับวัคซีนครบ 2 ครั้งน้อยมาก กล่าวคือมีเพียงร้อยละ 34.6 เท่านั้น (ตารางที่ 35)

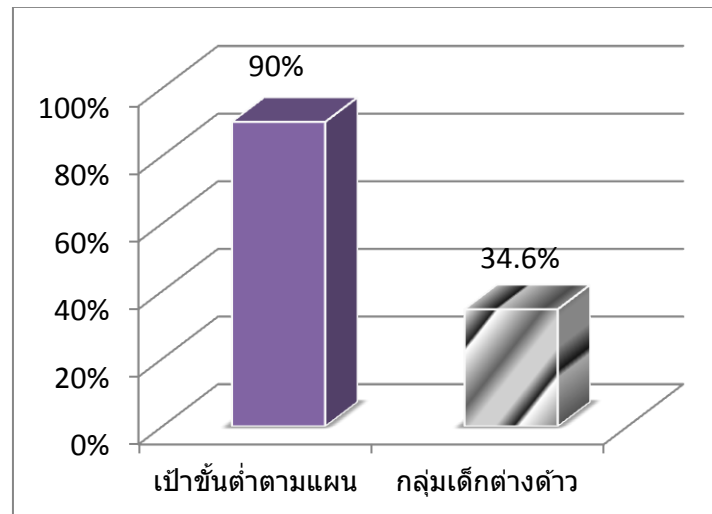
ตารางที่ 35 การรับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอในเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2555 ในเด็กต่างด้าวอายุ 0-15 ปี

ลูกของแม่ ต่างด้าวอายุ 0-15 ปี (N=161)	การได้รับวัคซีน (n =154 ไม่ตอบ 7 ราย)			
	ได้ครบ 2 ครั้ง	ไม่ได้รับ/รับไม่ครบ		
		ไม่ได้ทั้ง 2 ครั้ง	ได้เฉพาะครั้งที่ 1	ได้เฉพาะครั้งที่ 2
จำนวน	54	88	10	2
ร้อยละ	34.6	56.4	6.4	1.3
		66.4		

จากการวิเคราะห์กลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนรณรงค์โปลิโอ กับ แหล่งอาศัยของเด็กกลุ่มนี้ พบว่า ทั้งหมดเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน (พื้นที่ดังกล่าวได้แก่ ชุมชนม่วงสกุลง ชุมชนท่าข้าม และ ชุมชนเพชรเกษม 71 ซึ่งมีอาสาสมัครขององค์การแพธอยู่ในพื้นที่) โดยใช้อาสาสมัครที่สื่อสารภาษาเดียวกันกระจายข่าวในช่วงการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของแม่ต่างด้าวในการสนทนากลุ่มว่า การใช้สื่อบุคคลที่สื่อสารภาษาเดียวกันเป็นตัวกลางแจ้งข่าวและเอื้ออำนวยในการรับวัคซีนโปลิโอ เป็นวิธีการที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ดี

เมื่อเปรียบเทียบความครอบคลุมของการรณรงค์วัคซีนโปลิโอกับเป้าหมายที่ควรจะเป็นไปของแผนดำเนินโครงการกวาดล้างโปลิโอและโรคหัด พ.ศ. 2553-2563 ซึ่งตั้งเป้าหมายไว้ที่การรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอแก่เด็กในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศ ให้ได้ความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 พบว่า ความครอบคลุมที่เป็นอยู่ยังห่างไกลจากเป้าหมายมาก ดังแสดงในแผนภาพที่ 14

แผนภาพที่ 14 เปรียบเทียบร้อยละของความครอบคลุมของวัคซีนกวาดล้างโปลิโอ จากแผนงานฯ
และจากการสำรวจในเด็กต่างด้าวอายุ 0-15 ปี



ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรณรงค์ให้แม่ต่างด้าวเข้าใจและมารับวัคซีนในช่วงรณรงค์กวาดล้างโปลิโอทุกๆ ปี เนื่องจากแม่ต่างด้าวมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมืออยู่แล้ว และการรณรงค์ให้เข้าถึงชุมชนนี้เอง จะเป็นฐานที่สำคัญในการให้แม่และชุมชนต่างด้าวเกิดความตระหนัก ให้ความสำคัญกับการไปรับวัคซีนพื้นฐานให้ครอบคลุมเด็กๆ ในชุมชนต่างด้าวต่อไปด้วย

6.7 การดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย

สำหรับข้อมูลด้านการดูแลเด็กแรกความเจ็บป่วย ศึกษาจากแม่ต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-5 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย จำนวน 125 คน โดยการศึกษาเน้นที่โรคทางเดินอาหารและทางเดินหายใจเป็นหลัก พบว่า ในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมาของช่วงเวลาที่ศึกษา คือระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อน และรอยต่อของฤดูร้อนและฤดูฝน พบเด็กป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากกว่าโรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 36.0 และ 8.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 36) และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า การป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารนั้น มักพบในเด็กต่างด้าวที่กลุ่มอายุ 0-1 ปี ส่วนโรคทางเดินหายใจ มีการกระจายไปในทุกกลุ่มอายุ

ตารางที่ 36 ความเจ็บป่วยของเด็กในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำแนกตามกลุ่มอายุ

เด็กอายุ 0-5 ปี และความเจ็บป่วย	รวมทุกกลุ่มอายุ (N=125)		จำแนกตามกลุ่มอายุ					
			0-1 ปี (N=62)		1-2 ปี (N=24)		2-5 ปี (N=39)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคทางเดินอาหาร	11	8.8	9	14.5	0	0.0	2	5.1
โรคทางเดินหายใจ	45	36.0	18	29.0	11	45.8	16	41.0

สำหรับการดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วย การศึกษาพบว่า แม่ต่างมีส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 76.2 เรียนรู้การดูแลลูกที่ป่วยจากประสบการณ์ของตนเองและจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะเพื่อนบ้านที่มีลูกมาก่อน ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นการเรียนรู้ในขอบเขตที่จำกัด ซึ่งอาจทำให้เรียนรู้วิธีการดูแลที่คลาดเคลื่อนจากการดูแลที่ถูกต้องได้ อีกทั้งการอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดียวในประเทศไทย ที่ไม่มีพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ของฝ่ายหญิงให้คำแนะนำปรึกษาดังเช่นชีวิตที่ประเทศต้นทาง แม้ว่าฝ่ายชายจะมีบทบาทมากขึ้น แต่ก็ขาดความรู้เรื่องการดูแลเด็ก การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า สิ่งที่ผู้ชายจะช่วยให้ได้คือการพาไปหาหมอเมื่อลูกป่วยเท่านั้น

ตารางที่ 37 แหล่งเรียนรู้เมื่อลูกมีอาการเจ็บป่วย

แม่ที่มีลูก อายุ 0-15 ปี	แหล่งเรียนรู้มากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว) (n=124 ไม่ตอบ 1 ราย)					
	สมาชิกในครอบครัว	เพื่อนบ้าน	การเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเอง	แพทย์/พยาบาลที่โรงพยาบาล	คลินิก	ศูนย์ NGO/อาสาสมัครต่างด้าว
จำนวน	60	21	13	24	4	2
ร้อยละ	48.4	16.9	10.5	19.4	3.2	1.6
	76.2					

ความเป็นกลุ่มประชากรอพยพที่อาศัยแยกส่วนจากชุมชนคนไทย และการสื่อสารภาษาที่แตกต่างกัน เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การหาข้อมูลในการดูแลนั้นส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคนที่อพยพมาทำงานในประเทศไทยด้วยกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า กรณีคนต่างด้าวที่เข้าบ้านในชุมชนเดียวกันกับคนไทย ก็มักขอคำแนะนำจากคนไทยด้วย และกล่าวว่ามักได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นอย่างดี

เหตุที่แหล่งเรียนรู้มีจำกัด การศึกษาจึงพบว่า การดูแลเด็กเล็กอายุ 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคท้องร่วง แม่ต่างด้าวไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการทดแทนของเหลวที่สูญเสียไปจากร่างกายด้วยเกลือแร่แต่อย่างใด กล่าวคือ มีเพียงส่วนน้อยมาก (ร้อยละ 11.1) ที่แม่ต่างด้าวดูแลลูกที่ป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารด้วยการให้น้ำทดแทนมากขึ้น และมีเพียงร้อยละ 22.2 เท่านั้นที่มีการให้ผงน้ำตาลเกลือแร่ หรือ ORS (Oral Rehydration Salts) ในระหว่างที่ลูกมีอาการท้องร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่พบว่า แม่ต่างด้าวส่วนใหญ่จะรู้จักผงน้ำตาลเกลือแร่ แม้จะได้รับมาจากคลินิก หรือโรงพยาบาล แต่ก็ไม่เข้าใจประโยชน์ของการใช้ผงเกลือแร่ ในการดูแลมีให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ในระหว่างท้องร่วง อีกทั้งเข้าใจผิดว่าผงเกลือแร่นั้นไม่สามารถใช้ได้กับเด็กทารก แต่ใช้ได้กับผู้ใหญ่เท่านั้น

พฤติกรรมการใช้ผงเกลือแร่เมื่อเด็กเล็กมีอาการอุจจาระร่วงนั้นแตกต่างจากคนไทย กล่าวคือจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผงเกลือแร่ของผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีเด็กในความดูแลอายุต่ำกว่า 5 ปี และมีประวัติเป็นโรคอุจจาระร่วงภายในระยะ 6 เดือน ในกรุงเทพมหานครในระหว่างเดือนกันยายน 2540 - กุมภาพันธ์ 2541 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 81 ของผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มตัวอย่างใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่เวลาเด็กมีอาการอุจจาระร่วง²⁶

นอกจากนี้ พบว่ามีแม่จำนวนหนึ่งที่คิดว่าท้องร่วงในเด็กทารกนั้นเป็นเรื่องธรรมดา トラバโตที่เด็กยังเล่นและหัวเราะได้ก็ไม่ใช่ไร ดังนั้น จึงแก้ปัญหาลูกป่วยด้วยโรคท้องร่วง โดยการไปหาหมอเมื่อพบว่าลูกมีอาการแยลงเท่านั้น ส่วนในเด็กโต การดูแลมักจะเริ่มหาซื้อยากินเองก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจึงจะพาไปพบแพทย์

ในด้านการดูแลโรคทางเดินหายใจ พบพฤติกรรมการดูแลคล้ายคลึงกับโรคทางเดินอาหารกล่าวคือ เมื่อมีอาการต่างๆ ของโรคทางเดินหายใจ เช่น ตัวร้อน มีน้ำมูก หรือไอจาม แม่ต่างด้าวมักจะพาเด็กอายุน้อยไปหาหมอมากกว่าการดูแลเอง และเมื่อเด็กอายุมากขึ้น ก็จะมีแนวโน้มพาไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลน้อยลง โดยมักพึ่งพาร้านยามากกว่า ดังแสดงในตารางที่ 38

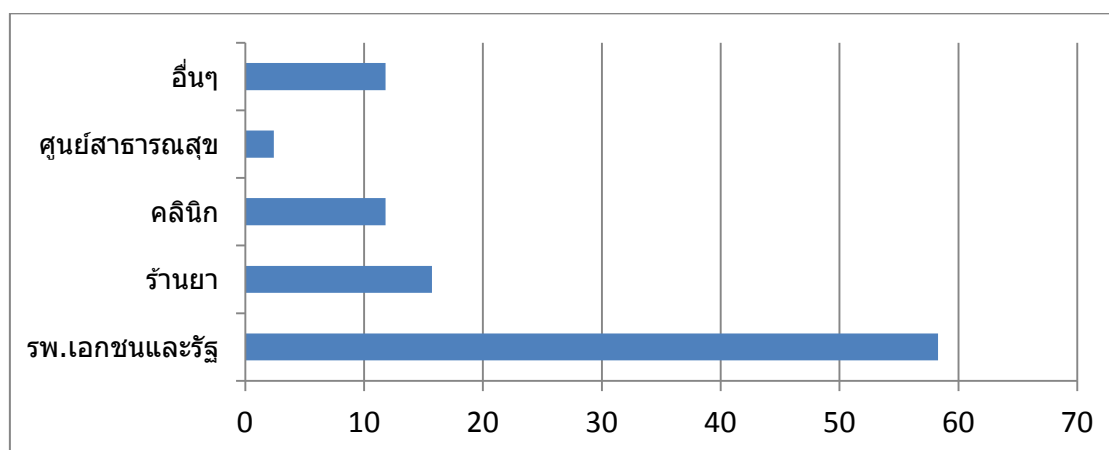
²⁶ นฤมล รัชตโกมุท, 2540

ตารางที่ 38 การดูแลรักษาระหว่างที่มีอาการโรคทางเดินหายใจ จำแนกตามกลุ่มอายุ

เด็กอายุ 0-5 ปี		การดูแลเมื่อป่วย		สถานที่พาไปรักษา				
		ดูแลเอง	พาไปรักษา	รพ. เอกชน	คลินิก	ร้านยา	รพ.รัฐ	ศูนย์ สาธารณสุข
0-1 ปี n=18	จำนวน	6	12	4	3	2	2	1
	ร้อยละ	33.3	66.7	33.3	25.0	16.7	16.7	8.3
1-2 ปี n=11	จำนวน	3	8		3	5		
	ร้อยละ	27.3	72.7		37.5	62.5		
2-5 ปี n=16	จำนวน	8	8			7		1
	ร้อยละ	50.0	50.0			87.5		12.5

นอกจากการดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ได้มีการศึกษาแม่ต่างด้าวถึงการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วย พบว่า ผู้หญิงต่างด้าวที่สัมภาษณ์นั้นมีประกันสุขภาพถึงร้อยละ 74.8 ทำให้เมื่อเจ็บป่วยไปใช้บริการโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่รับประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ คือร้อยละ 58.3 รองลงมาคือ ร้านยา คลินิก และศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 15.7, 11.8 และ 2.4 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภาพที่ 15

แผนภาพที่ 15 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแม่ต่างด้าวที่มีลูกอายุ 0-15 ปี



อย่างไรก็ตาม เมื่อศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มีประกันสุขภาพถึงการไปใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพสำหรับความเจ็บป่วยครั้งล่าสุดในรอบปีที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 17.9 ของคนที่มีประกันสุขภาพไม่ได้ไปใช้บริการสถานบริการที่ตนเองมีประกันสุขภาพ โดยมีเหตุผลหลักคือ สถานบริการนั้นห่างไกลจากที่พัก/ที่ทำงาน รองลงมาคือ ไม่คุ้นเคย/ไม่เคยไปรับบริการ และคิดว่าเจ้าหน้าที่ให้บริการไม่ดี

กรณีที่ส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 82.1 ของการเจ็บป่วยแล้วไปใช้สถานบริการที่มีประกันนั้น พบว่าเนื่องจากแม่ต่างด้าวมีประสบการณ์ตรงในการไปฝากท้อง คลอดลูก และพาลูกไปรับวัคซีนตามนัด หรือไปพบแพทย์เมื่อลูกมีความเจ็บป่วย ทำให้มีความคุ้นเคยกับสถานพยาบาลในระดับหนึ่ง ทำให้มีแนวโน้มในการไปใช้บริการที่สถานบริการที่มีประกันสุขภาพ ข้อค้นพบนี้แตกต่างจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวทั่วไปที่มีประกันสุขภาพในจังหวัดอื่นๆ ที่พบว่า แม้มีประกันสุขภาพ แต่เมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็นิยมไปใช้บริการที่สถานบริการใกล้บ้าน เช่น ร้านยา คลินิก เอกชนใกล้บ้านมากกว่า เนื่องจากสถานบริการห่างไกลจากที่พัก ปัญหาในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความไม่คุ้นเคยกับสถานบริการ เป็นต้น

6.8 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานามัยแม่และเด็กในประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร พบว่าเป้าหมายของการอพยพแรงงานมายังประเทศไทย คือการทำงานเพื่อหาเงิน แต่ด้วยช่วงอายุที่กำลังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีการคุมกำเนิดผิดพลาดสูงทำให้มีลูกในประเทศไทย และแม่อัตราการฝากท้องที่สถานพยาบาลค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องการมีสถานที่คลอดลูกที่แน่นอน แต่น้ำหนักแรกคลอดของเด็กที่เกิดมาส่วนใหญ่กลับต่ำกว่ามาตรฐานมาก เนื่องจากแม่ต่างด้าวที่ตั้งครรภ์ต้องทำงานหนักตลอดการตั้งครรภ์ เพราะการอาศัยอยู่ในประเทศไทยนั้นเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ไม่มีพ่อแม่ญาติพี่น้องดูแลดังเช่นที่ประเทศต้นทาง

การอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทยนี้ ทำให้ผู้ชายต่างด้าวมิบทบาทในการดูแลผู้หญิงระหว่างและหลังการตั้งครรภ์ค่อนข้างมาก แต่ก็ยังขาดความรู้ในด้านสุขภาพเพื่อการดูแลคู่ของตนเองขณะตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับหญิงต่างด้าวนั้นลาคลอดไม่ได้แม้ว่าจะมีการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลต่อการคลอดและการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมา ทำให้เด็กได้รับนมแม่และอาหารอื่นๆ ตั้งแต่ทารกยังอายุน้อยเพื่อให้แม่สามารถทำงานได้ และการหย่านมเร็ว ยังเป็นการเตรียมส่งเด็กกลับประเทศต้นทางอีกด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กต่างด้าวที่เกิดในไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้น้อยมาก แม้ว่าส่วนใหญ่ต้องการทำประกันให้ลูกของตนเองโดยเฉพาะในขวบปีแรก ผลการศึกษายังพบว่า เด็กต่างด้าวส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ไม่ได้รับสิทธิบัตรตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2551

การศึกษาด้านการเคลื่อนย้ายของเด็ก ทำให้เข้าใจว่าเด็กต่างด้าวที่เกิดในไทยและประเทศต้นทางมีการเคลื่อนย้ายไปมา แต่เด็กอายุ 0-2 ปีส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มจะเดินทางกลับประเทศต้นทางเมื่ออายุ 2-5 ปี เพื่อเตรียมเข้าโรงเรียนที่ประเทศของตน และมีการเดินทางมาประเทศไทยอีกครั้งเมื่อถึงวัยแรงงาน

การนำผลการศึกษาด้านการคาดประมาณจำนวนรวมของประชากรต่างด้าวสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เพื่อนำมาคำนวณหาจำนวนเด็กต่างด้าวที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครตามกลุ่มอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนต่างๆ ในด้านการสาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมายนี้ พบว่า สามารถคาดประมาณเด็กต่างด้าวกลุ่มอายุต่างๆ อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครดังต่อไปนี้

เด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี มีจำนวน 22,907 คน (เป็นกลุ่มเป้าหมายของวัคซีนพื้นฐานถึงขวบปีครึ่ง)

เด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี มีจำนวน 30,530 คน (กลุ่มเป้าหมายวัคซีนกระตุ้นเสริม โภชนาการ อุบัติเหตุในวัยเด็ก และการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน)

เด็กกลุ่มอายุ 0-15 ปี มีจำนวน 39,292 คน (กลุ่มเป้าหมายของการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ)

ผลการศึกษาด้านความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กต่างด้าว พบว่า น้อยกว่าภาพรวมของเด็กไทยถึงหนึ่งในสามในขวบปีแรก และน้อยกว่าเกือบครึ่ง ในช่วงอายุ 1-4 ปี นอกจากนี้ยังพบว่าความครอบคลุมของวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ ยังคงค่อนข้างต่ำมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศไทยได้ หากระบบสุขภาพไทยไม่มีมาตรการใดๆมารองรับ อาจทำให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ควบคุมได้แล้ว กลับมาระบาดซ้ำในประเทศไทยอีก เพราะมากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กต่างด้าวอายุ 0-2 ปีที่เกิดที่นี่ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย

ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การที่เด็กเติบโตในครอบครัวที่มีการอพยพย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้ความครอบคลุมของวัคซีนในขวบปีแรก ต่ำกว่าทั้งในประเทศต้นทาง และประเทศปลายทางของการอพยพแรงงาน ดังนั้น การให้บริการวัคซีนเด็กต่างด้าว นับเป็นภารกิจของระบบสุขภาพไทยเพื่อควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งการดำเนินงานจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากมีการประสานงานกันในการให้บริการ ระหว่างประเทศไทยและประเทศต้นทาง

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านอนามัยแม่และเด็กดังต่อไปนี้

1. การวางแผนครอบครัว มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประชากรต่างด้าวส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ โดยการ
 - สร้างความตระหนักและเสริมสร้างความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ทางเลือกที่หลากหลายในการคุมกำเนิด ที่ถูกต้อง รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งบริการด้วยภาษาที่สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์และอาศัยอยู่เป็นคู่
 - ความรู้ความเข้าใจควรเน้นในเรื่องการใชยาคุมกำเนิดโดยไม่ผิดพลาดและผลข้างเคียงที่อาจเกิด เนื่องจากผู้หญิงต่างด้าวส่วนใหญ่ใช้วิธีการนี้ในการคุมกำเนิด รวมทั้งวิธีการจัดการเมื่อลืมกินยา และความสำคัญของการใชยูกายอนามัยในช่วงกินยาคุมผิดพลาดเพื่อรอกินยาแผงใหม่
 - หญิงต่างด้าวหลังคลอดมักใชยาฉีดคุมกำเนิด เพื่อเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ การบริการควรทำให้ผู้หญิงเข้าใจอาการข้างเคียงและการปรับตัวของร่างกายในช่วงแรก เพื่อให้ผู้หญิงจะได้มารับบริการฉีดยาคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง
 - พิจารณาให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่คุมได้ในระยะยาวและมีประสิทธิภาพ ให้เป็นทางเลือกแก่กลุ่มผู้หญิงต่างด้าวที่ประสงค์จะคุมกำเนิด
2. การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ควรสานต่อการฝากครรภ์ที่มีสัดส่วนสูงอยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มมาตรการในการสร้างความเข้าใจต่อการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ด้วยภาษาที่สื่อสารกับหญิงต่างด้าวได้ ควรสร้างการมีส่วนร่วมของฝ่ายชายในการร่วมกันดูแล เนื่องจากครอบครัวแรงงานต่างด้าวนั้นอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว ขาดญาติผู้ใหญ่แนะนำ ทั้งนี้ เพื่อลดอัตราน้ำหนักร่างกายที่ลดลงต่ำ และลดภาระการดูแลของสถานบริการสุขภาพในการบริหารรักษาทารกที่คลอดออกมาไม่แข็งแรง คำแนะนำดังกล่าวรวมถึงการดูแลตัวเองในด้านการอาหาร ประสิทธิภาพของการทำงานที่ทำได้ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น รวมทั้งการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการตรวจครรภ์และได้รับวัคซีนบาดทะยัก และการรับวัคซีนของลูกต่อเนื่องหลังคลอด
3. การได้รับสูติบัตร เป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันสถานะการไร้รัฐของเด็กต่างด้าว และทำให้เด็กมีสถานะบุคคลที่จะนำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษา และอื่นๆ ในอนาคต แต่ความไม่กล้า ไม่คุ้นเคย และความหวาดกลัวกับการติดต่อราชการเพื่อรับสูติบัตร เกิดเนื่องจากการไม่สามารถสื่อสารภาษาได้ และบางรายไม่มีเอกสารประจำตัว ดังนั้นควรพัฒนากลไกให้การเข้าถึงการได้รับสูติบัตรได้โดยสะดวก วิธีการที่ได้ผลจากการศึกษานี้คือ ให้โรงพยาบาลเป็นผู้ประสานสานกับสำนักงานเขต/อำเภอ ให้แม่ต่างด้าวได้รับสูติบัตรหลังคลอดก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

4. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็กหลังคลอด การที่หญิงต่างด้าวเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ นับเป็นข้อดี อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการส่งเสริมการให้นมแม่ด้วยความถี่และระยะที่ยาวนานขึ้น และบูรณาการเรื่องโภชนาการเด็กที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการเลี้ยงลูกด้วยอาหารเสริมอื่นๆ เร็วเกินไปและมีส่วนส่วนที่มากเกินไป ในช่วงที่ทารกยังอายุน้อยๆ

การที่แรงงานต่างด้าวหญิง ที่แม้จดทะเบียนตามกฎหมายไม่สามารถคลอดได้เลยนั้น เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการที่เด็กจะได้นมแม่และได้รับการดูแลที่ดี ประเด็นนี้มีการถกเถียงกันในวงกว้างว่ายังคงเป็นปัญหาแม้กระทั่งในแรงงานหญิงไทย อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าหน่วยงานด้านสวัสดิการและการคุ้มครองแรงงานในด้านนี้ ควรมีความพยายามทำให้ครอบคลุมโดยเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติว่าเป็นแรงงานไทยหรือต่างด้าว เพราะทั้งสองกลุ่มต่างก็ได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายไทยเช่นเดียวกัน

5. การเสริมสร้างความครอบคลุมของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน พนักงานสาธารณสุขต่างด้าว อาสาสมัครสาธารณสุขต่างด้าว และ กลุ่มต่างๆ ในชุมชนต่างด้าวที่มีการรวมตัวกัน ทั้งนี้ เพื่อควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในประเทศไทย และในภูมิภาคนี้ โดยการ

- เสริมสร้างความเข้าใจต่อบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ถึงความสำคัญของนโยบายของการให้วัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติและสัญชาติ
- สร้างความตระหนักให้กับแม่ต่างด้าวต่อความสำคัญของการรับวัคซีนครบถ้วนให้ต่อเนื่องจากการฝากท้อง และหลังคลอดบุตร เพื่อให้ทารกที่คลอดในประเทศไทยได้รับบริการวัคซีนอย่างครบถ้วน
- ขยายความเข้าใจและการใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็กภาษาไทย-ต่างด้าว ซึ่งมีข้อมูลครบถ้วนทั้งวัคซีนแม่และลูก ตรงกับสมุดภาษาไทย โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรลงบันทึกวัน-เดือน-ปีการรับวัคซีนด้วยตัวเลขทั้งหมด เพื่อที่จะทำให้การสื่อสารการนัดหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นเจ้าภาพในการจัดพิมพ์และกระจายเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพของจังหวัดที่มีการใช้แรงงานต่างด้าว
- ให้บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อสำรวจจำนวนเด็ก และให้บริการหยอดวัคซีนในช่วงรณรงค์वादล่างโพลิโอที่ความครอบคลุมยังต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มาก โดยการเสริมสร้างความเข้าใจต่อจำนวนครั้งที่หยอดและอายุที่ควรได้รับ และใช้เป็นกลไกเชิงรุกนี้ เป็นตัวต่อยอดในการให้เด็กที่ยังได้รับวัคซีนพื้นฐานไม่ครบ เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ
- ควรมีการศึกษาเพื่อคาดประมาณจำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายรับวัคซีนในจังหวัดต่างๆ เพื่อที่จะได้ใช้ในการวางแผนการจัดการวัคซีนให้เพียงพอต่อกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งควรรวมเด็กต่างด้าวเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่ง ในการสำรวจความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย

- ทำงานร่วมกับประเทศต้นทางการอพยพแรงงาน เพื่อพัฒนากลไกการให้บริการวัคซีนระหว่างประเทศ โดยการ
 - รมรณรงค์ให้เด็กต่างด้าวที่อายุยังอยู่ในเกณฑ์รับวัคซีนเดินทางมาไทย หากมีการเดินทางที่ประเทศไทยในช่วงรับวัคซีนพื้นฐาน ควรมีแนวทางในการเข้าสู่ระบบบริการวัคซีนเด็ก
 - กลุ่มที่เกิดในไทยควรกลับประเทศต้นทางช่วงหลังขอวีซ่าเมื่อรับวัคซีนพื้นฐานครบแล้ว หากเดินทางกลับในช่วงที่ยังรับวัคซีนไม่ครบ ควรมีแนวทางประสานกับประเทศต้นทางในการรับวัคซีนต่อเนื่อง

บทที่เจ็ด

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป มีเด็กเกิดใหม่น้อย ทำให้ประเทศมีศักยภาพในการผลิตประชากรวัยแรงงานได้ไม่เพียงพอ ทำให้ความต้องการแรงงานต่างด้าวเข้ามาทดแทนมีมากขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการคาดการณ์ประชากรกลุ่มต่างๆ และความต้องการแรงงานในอนาคต โดยเฉพาะการที่มีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในประเทศไทยจำนวนมาก สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบกันคือ การจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย การป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ รวมทั้งโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน

การที่ข้อมูลในเรื่องประชากรกลุ่มนี้มีความไม่ชัดเจน ทำให้ผู้รักษากฎหมาย หรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ สามารถหาผลประโยชน์จากการดำเนินงานต่างๆในกลุ่มประชากรนี้ได้ ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้ จึงไม่สิ้นสุดที่ผลการศึกษาเท่านั้น แต่จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชากรกลุ่มนี้ต่อไป จึงมีข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคตดังต่อไปนี้

7.1 ด้านการคาดประมาณประชากรต่างด้าว

1. สามารถนำแนวทางการศึกษาวิจัย และกระบวนการการคาดประมาณที่ใช้ในการศึกษานี้ ดำเนินการในพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานต่างด้าวเข้มข้น และจังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศที่มีผู้อพยพแรงงานมายังประเทศไทย
2. การศึกษาเพื่อคาดประมาณประชากร ควรต้องมีคำถามเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของประชากรต่างด้าวที่สำคัญ ๆ เช่น วันและปีแรกที่เข้ามาประเทศไทย เดินทางมาจากเมืองใดของประเทศต้นทาง ได้ทำงาน/อาศัยอยู่ที่ไหนในประเทศไทยมาก่อน ด้วยระยะเวลาเท่าไร ก่อนเดินทางเข้ามาถึงจังหวัดปลายทางที่ศึกษา การได้ข้อมูลประเทศต้นทางและเมืองที่ประชากรต่างด้าวอพยพเข้ามาประเทศไทย จะสามารถเพิ่มเติมการศึกษาในด้านต่างๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพของเมืองต้นทาง เพื่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือระหว่างเมือง และระหว่างประเทศได้ในอนาคตได้
3. การศึกษาด้านการคาดประมาณในอนาคต ควรพิจารณาเรื่องอัตราการปฏิเสธการให้ข้อมูล (refusal rate) และเหตุผลของการปฏิเสธ เพื่อที่จะใช้เป็นตัวคำนวณ ค่าความคลาดเคลื่อนในการคาดประมาณ ในการนำตัวเลขของผู้มีบัตรไปเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานที่จดทะเบียน เพื่อให้ตัวเลขการคาดประมาณมีความแม่นยำมากที่สุด

4. การนำตัวเลขแรงงานจดทะเบียนมาเป็นฐานในการคำนวณ ควรเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวกับการมีบัตรต่างๆ ให้มีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น ควรจะต้องพิจารณาปัจจัยที่อาจจะเป็นที่มาของตัวเลขนั้นด้วย เช่น แนวโน้มความต้องการแรงงานในช่วงเวลานั้น หรือนโยบายเรื่องแรงงานต่างด้าวที่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาหนึ่งๆ เช่น การผ่อนผัน การจดทะเบียน ที่ทำให้จำนวนแรงงานต่างด้าวแปรผันตามปัจจัยที่มีผลกระทบได้
5. เมื่อพิจารณาเรื่องการย้ายถิ่นแล้ว นับได้ว่าเป็นการย้ายต่อเนื่องจากพื้นที่ชายแดนหรือจังหวัดอื่นเข้ามาในกรุงเทพมหานคร การศึกษาวิจัยลักษณะนี้ในอนาคต อาจรวมถึงพลวัตของการเคลื่อนย้ายในแง่มุมต่างๆ เช่น แบบแผนของการเคลื่อนย้าย ความถี่ของการเคลื่อนย้าย เพื่อสร้างข้อเสนอแนะว่า การสำรวจในลักษณะนี้จะต้องสำรวจทุกๆ ปี เพื่อเป็นแนวทางในการนำการสำรวจลักษณะนี้เข้าไปในระบบการเก็บข้อมูลปกติ

7.2 ด้านการบริการสุขภาพประชากรต่างด้าว

1. การมีแรงงานต่างด้าวเข้ามาทำงานในไทยจำนวนมาก สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบกันคือระบบบริการสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานในระบบต่างๆ นอกจากแรงงานแล้ว ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหาความชัดเจนของระบบบริการที่เหมาะสม ต่อผู้ติดตาม ครอบครัว และลูกของประชากรต่างด้าว ซึ่งเกิดและเติบโตขึ้นมาในประเทศไทย และจำนวนมากเดินทางกลับประเทศต้นทางไม่ได้ ซึ่งเด็กต่างด้าวเหล่านี้อาจเติบโตขึ้นมาเป็นแรงงานสำคัญในการพัฒนาประเทศไทยต่อไปได้
2. ควรศึกษาเชิงลึกในด้านบทบาทของชุมชนประชากรต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร ในฐานะชุมชนเมืองที่ประชากรต่างด้าวส่วนใหญ่ย้ายถิ่นโดยตรงมาจากประเทศต้นทาง การทำความเข้าใจกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ สามารถนำข้อค้นพบมาวิเคราะห์เพื่อแสวงหาแนวทางในการทำงานส่งเสริมดูแลสุขภาพผ่านชุมชนหรือเครือข่ายของกลุ่มเป้าหมายได้
3. ปัจจุบันแรงงานมีการจดทะเบียนหลายประเภท เช่น การนำเข้าอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และการพิสูจน์สัญชาติตามมาตรา 9 แรงงานต่างด้าวที่มีหนังสือเดินทางอย่างถูกต้องตามกฎหมาย การประกันสุขภาพจะไปอยู่ที่กองทุนประกันสังคม ในขณะที่กลุ่มผ่อนผันจดทะเบียนรายปี ตามมาตรา 13 เป็นการตรวจสุขภาพรายปีและซื้อประกันสุขภาพก่อนได้รับเอกสารการทำงาน นโยบายการประกันสุขภาพเหล่านี้นี้ยังคงมีช่องว่าง ทำให้มีประชากรต่างด้าวจำนวนมากไม่มีประกันสุขภาพใดๆ และมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างข้อเสนอแนะในการดำเนินงานให้มีความชัดเจน
4. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรชายขอบ หรือ กลุ่มย่อยอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วย เพื่อดูสถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ เพื่อแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้อง รวมทั้งพิจารณาว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มที่เปราะบางที่ระบบสุขภาพต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ

5.การศึกษาเรื่องใบรับรองการเกิด และสูติบัตรมีความสำคัญ เพื่อพัฒนาให้เด็กต่างด้าวได้รับสูติบัตรตาม

พระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2551 เพื่อรับรองสถานะบุคคลมิให้กลายเป็นคนไร้รัฐของเด็กต่างด้าวในอนาคต รวมทั้งการมีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีเด็กต่างด้าวเกิดในประเทศไทยจำนวนเท่าไร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในอนาคต รวมทั้งใช้เป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการติดตามนโยบายการให้ประกันสุขภาพ และการศึกษาแก่เด็กต่างด้าวในอนาคต

6.ควรมีการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่เจาะลึกเพิ่มเติมในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- คุณภาพของการฝากครรภ์ เพื่อดูว่านอกจากการได้ไปฝากครรภ์แล้ว มีการฝากครบจำนวนครั้งตามที่กำหนด การได้รับวัคซีนบาดทะยักครบ เป็นต้น
- การศึกษาความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโรค เพื่อความแม่นยำมากยิ่งขึ้น ควรให้มีการเช็ครอยแผลการให้วัคซีนที่แขนด้วย
- การโภชนาการ เพื่อศึกษาปัญหาขาดสารอาหารในเด็กต่างด้าว

โดยสรุป ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อการศึกษาวิจัยในระยะต่อไปจากการศึกษานำร่องนี้ คือการวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการคาดประมาณ การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ และนำไปสู่การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการศึกษาถึงผลเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจน ทั้งในด้านการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานที่มีเอกสารการทำงาน กลุ่มแรงงานที่ไม่มีเอกสาร กลุ่มครอบครัว และผู้ติดตาม รวมถึงลูกของครอบครัวแรงงานต่างด้าวด้วย

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ อาจเริ่มจากประเด็นที่จำเป็นเร่งด่วน เช่น การป้องกันควบคุมโรคติดต่อต่างๆ รวมทั้งเรื่องที่มีนโยบายสาธารณสุขเอื้ออำนวยแล้วแต่ยังขาดการดำเนินงานที่เข้าถึงกลุ่มเหล่านี้ได้ เช่น การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยผลของการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าว ควรจะได้ต้นแบบของวิธีการดำเนินงาน และแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้และขยายผลได้

ในโอกาสอันใกล้นี้ สมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (The Association of South East Asian Nations: ASEAN) ซึ่งมีสมาชิกจำนวน 10 ประเทศ ได้แก่ ไทย พม่า มาเลเซีย อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ เวียดนาม ลาว กัมพูชา บรูไน จะรวมตัวกันเป็นประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economic Community: AEC) ในปี พ.ศ. 2558 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประเทศในกลุ่มอาเซียนมีการเคลื่อนย้ายสินค้า บริการ การลงทุน แรงงานฝีมือ อย่างเสรีขึ้น²⁷ โดยในเบื้องต้น เน้นการเคลื่อนย้ายเสรีแรงงานฝีมือใน 7 สาขาก่อน ซึ่งแม้ยังไม่เกี่ยวข้องกับแรงงานระดับล่าง แต่ในอนาคตอาจมีการขยายการเคลื่อนย้ายแรงงานไปยังภาคธุรกิจอื่นๆ ที่สำคัญ เช่น ภาคบริการและการท่องเที่ยว เป็นต้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมส่งผลต่อการเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศอย่างแน่นอน ทั้งที่เป็นไปอย่างมีเอกสารถูกต้อง และการเคลื่อนย้ายอย่างไม่ถูกต้องตามกฎหมาย

ดังนั้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายของคนในภูมิภาคที่สื่อสารต่างภาษาและมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไปจำนวนมากเช่นนี้ จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ประเทศไทยจึงควรให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ เพื่อแสวงหาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมที่จะให้บริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคในภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

²⁷ <http://www.thai-aec.com>

เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวงสาธารณสุข (2545). พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 [PDF document]. เข้าถึงได้จาก www.moph.go.th/ops/minister_06/Office2/30%20baht%20law.pdf
- กฤตยา อาชวนิจกุล และ ฟิลิป เกสท์ (2543). การคาดประมาณขนาดของแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย. รายงานวิจัยเสนอต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(เอกสารอัดสำเนา) .
- กฤตยา อาชวนิจกุล และพันธุ์ทิพย์ กาญจนะจิตรา สายสุนทร (2548). คำถามและข้อท้าทายต่อนโยบายรัฐไทยในมิติสุขภาพและสิทธิของแรงงานข้ามชาติ. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กฤตยา อาชวนิจกุล, กาญจนา ตั้งชลทิพย์, กุลภา วจนสาระ, มาลี สันภูวรรณ, เบญจมาศ รอดภัย, เสาวภาค สุขสินชัย, สุชาดา ทวีสิทธิ์, และ หทัยรัตน์ เสี่ยงดัง (2550). รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติ เรืองวิไลพร (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร [PowerPoint Slides]. เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็กย้ายถิ่นข้ามชาติและครอบครัว วันที่ 4 กันยายน 2555 ณ ศูนย์ปฏิบัติการโรงแรมศาลายาพาววิลเลียน วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดโดยองค์การ Save the Children.
- คณะกรรมการพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (2544). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการบริหารแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ. 2544 [Rich Text File]. เข้าถึงได้จาก www.lawreform.go.th/lawreform/images/.../c338-2G-2544-A019.rtf
- เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ (MWG: Migrant Working Group) และภาควิชาการ (2552). กรอบแนวคิดเชิงนโยบายด้านสิทธิแรงงานข้ามชาติและคนไร้รัฐในประเทศไทย: ข้อเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน. กรุงเทพมหานคร.
- นฤมล รัชตโกมุท (2540). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้น้ำตาลเกลือแร่ของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มาใช้บริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร [PDF document]. เข้าถึงจาก <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1082540000339>
- นิวัฒน์ อริยญาเกษมสุข. ผ่าตัดคลอด VS ผ่าตัดปกติ. เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2555 จาก <http://www.pregnancysquare.com>.

สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. จำนวนคนไทยที่ได้รับอนุญาตให้เดินทางไปทำงานต่างประเทศ ปี พ.ศ. 2544 – 2553 [Excel File]. สืบค้นจาก http://social.nesdb.go.th/SocialStat/StatReport_Final.aspx?reportid=129&template=1R1C&yearlype=M&subcatid=13. เมื่อ 25 พฤศจิกายน 2555

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (2555). ผลการพิจารณาอนุญาตการทำงานของคนต่างด้าว . สืบค้นจาก http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/7/sm05-55_0.pdf.

สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (2552). มาตรการและแนวทางตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2547, 2548, 2549, 2551 และ 2552. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (2548). รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2547. กระทรวงแรงงาน. กรุงเทพมหานคร.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2551) .การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานและวัคซีนในเด็กนักเรียน พ.ศ.2551 .กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550). ดำรวจวัคซีน และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค 2550. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข .

ศูนย์ประสานงานโครงการกวาดล้างโปลิโอและโรคติดต่อตามพันธสัญญานานาชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554). โครงการกวาดล้างโปลิโอและหัด [PowerPoint Slides]. เข้าถึงได้จาก www.boe.moph.go.th/files/report/20120719_15984038.ppt .

โรชาเลีย สคอร์ดินี และ สุรีย์พร พันธุ์พิง (2552). รายงานการย้ายถิ่นข้ามชาติในประเทศไทย ฉบับปี พ.ศ. 2552. องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน สาขาประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.

องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข และคณะ (2546). สุขภาพที่ไร้ทางเลือกของผู้หญิงและเด็กสาวกัมพูชาในประเทศไทย: เอกสารสรุปข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาการดำเนินงานโครงการศึกษาหารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเด็กเคลื่อนย้ายชาวกัมพูชา จังหวัดระยอง. กรุงเทพมหานคร.

องค์การแพธ และสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2549).มิใช่เพียงภาระหน้าที่: บันทึกประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานต่างด้าวในประเทศไทย โครงการฟ้ามิตร. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข .

องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) และ กลุ่มเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ (2552). *มาทำความเข้าใจแรงงานข้ามชาติกันเถอะ*. องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน สาขาประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.

ภาษาอังกฤษ

Department of Economic and Social Affairs, United Nations. (2002). *International Migration Report 2002*. United Nation, New York.

Huguet, J. W. and Chamrathirong, A. (2011). *Thailand Migration Report: Overview and Tools for Policy Makers*. Thailand: International Organization for Migration (IOM), Thailand Office.

International Migration and Development, United Nations. (2006). *Press release: UN statistics show migration as a dynamic and diversifying force in global development*. United Nations.

Jitthai, T. and Ciurissevich. L. (2009). *Healthy Migrants, Healthy Thailand: A Migrant Health Program Model*. Thailand: International Organization for Migration (IOM) and Ministry of Public Health (MoPH).

Kantayaporn, T. (2004). Towards a Higher Quality of Life of Migrant Population; Strengthening linkages between source and destination communities. In *Development, Spatial Mobility and HIV/AIDS* (pp. 64-70). Thailand: United Nations Development Programme (UNDP) and Committee for International Cooperation in National Research in Demography (CICRED).

Ministry of Health. (2011). *Health in Myanmar 2011: Expanded Programme Immunization* [PDF document]. Retrieved from <http://www.moh.gov.mm/file/expanded%20programme%20on%20immunization.pdf>

National Statistical Office. (2011). *The preliminary report of 2010 Population and Housing Census*. Retrieved from <http://popcensus.nso.go.th/file/popcensus-08-08-55-T.pdf>

Options for Sexual Health. *Relative effectiveness of birth control method* [PDF document]. Retrieved September 15, 2012 from <https://www.optionsforsexualhealth.org/sites/optionsforsexualhealth.org/files/Relative%20Effectiveness%20-%20FS400.pdf>

เอกสารแนบ

เอกสารแนบที่ 1	แผนจัดการอบรมผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม
เอกสารแนบที่ 2	แบบสอบถามภาคสนาม
เอกสารแนบที่ 3	แนวคำถามในการศึกษาเชิงคุณภาพ
เอกสารแนบที่ 4	ผลการจัดเวทีนำเสนอผลการศึกษา

เอกสารแนบที่ 1

แผนจัดการอบรมผู้เก็บข้อมูลภาคสนาม

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการสำหรับเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลในโครงการ

Size Estimation and Assessment of the Vaccination Status of Migrant Children and Utilization of ANC Services by Migrant Women in Bangkok Metropolitan Administration

ความเป็นมา

ประเทศไทยมีการตอบสนองต่อสถานการณ์การอพยพย้ายถิ่นของประชากรจากเพื่อนบ้าน ทั้งพม่า ลาวและ กัมพูชามาตลอดนับแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยในระยะแรก รัฐบาลไทยถือว่าแรงงานเคลื่อนย้ายเหล่านี้เป็นผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย แต่ต่อมาได้มีการผ่อนปรนมากขึ้น อันเนื่องมาจากความต้องการแรงงานในภาคธุรกิจและอุตสาหกรรมเพื่อขับเคลื่อนทางเศรษฐกิจของไทย ในปี 2535 มีมติคณะรัฐมนตรีอนุญาตให้มีการจ้างผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายจาก 3 ประเทศ จากมติคณะรัฐมนตรีครั้งนี้ส่งผลให้เกิดแนวปฏิบัติในการจดทะเบียนแรงงานหลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมายเป็นรายปีจนถึงปัจจุบัน และปี พ.ศ.2547 มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญอีกประการคือให้ประชากรต่างด้าวจากทั้ง 3 ประเทศที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ทั้งแรงงานที่มีและไม่มีเอกสารอนุญาตทำงาน ครอบครัวและผู้ติดตามแรงงานทั้งหมด มาขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย ได้รับเอกสารประจำตัวเป็น ทร.38/1 มีเลขระบุสถานะ 13 หลักเช่นเดียวกับคนไทย สำหรับกระบวนการผ่อนผันเหล่านี้เป็นนโยบายปีต่อปี การจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวในแต่ละปีต้องรอให้มีมติคณะรัฐมนตรี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำแนวปฏิบัติเป็นปีๆไป และแม้ว่าจะมีความพยายามในการหาจำนวนประชากรต่างด้าวที่แท้จริงที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แต่จากการที่มีประชากรต่างด้าวอาศัยอยู่อย่างผิดกฎหมายเป็นจำนวนมาก การเข้าถึงกลุ่มประชากรเหล่านี้จึงเป็นเรื่องยาก อีกทั้งการจัดการฐานข้อมูลประชากรต่างๆ ยังไม่สอดคล้องกับธรรมชาติที่แท้จริงของการอพยพแรงงานซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ดังนั้นการคาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าวที่ชัดเจน เป็นวิทยาศาสตร์และยอมรับได้ในระดับหนึ่งจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ต่อการนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขปัญหาต่างๆ ในประชากรต่างด้าว โดยเฉพาะปัญหาด้านการสาธารณสุข

องค์การแพธจึงได้เสนอโครงการศึกษาเรื่องวิธีการคาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าว การได้รับวัคซีนพื้นฐานของเด็ก และการเข้าถึงบริการฝากครรภ์ของผู้หญิงต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร ต่อสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยจะนำผลที่ได้ไปใช้วางแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับประชากรกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

โครงการนี้มีเป้าหมายในการศึกษาวิธีการ (Methodology) ในการคาดประมาณประชากรต่างด้าวในเขตเมือง และทำความเข้าใจกับการรับบริการด้านอนามัยแม่และเด็กของผู้หญิงต่างด้าว โดยการศึกษาในเขตกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่นำร่อง

วัตถุประสงค์ของการจัดการอบรม

1. เพื่อสร้างเข้าใจบริบทของประชากรต่างดาว และประเด็นสุขภาพที่เกี่ยวข้อง
2. เพื่อสร้างความคุ้นเคยและทดลองใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลภาคสนาม
3. เพื่อสร้างความเข้าใจในพื้นที่เป้าหมายและกระบวนการในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

ผู้เข้ารับการอบรม : เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลภาคสนามทั้งหมด 20 คน

1. นักศึกษามหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 10 คน
2. อาสาสมัครแรงงานข้ามชาติ จำนวน 10 คน

ระยะเวลาในการอบรม 2 วัน : 24-25 มีนาคม 2555

สถานที่ ห้องประชุมใหญ่องค์การแพธ ราชเทวี กรุงเทพมหานคร

วิทยากร

1. รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ศศิธร ศิลปวัฒนา และ นัฐภูมิ สิงห์กุล คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร
3. นงลักษณ์ ดิษฐวงษ์, กฤติกา พนาธนสาร และ ทศนัย ชันตยาภรณ์ องค์การแพธ

ผู้ช่วยดำเนินกระบวนการอบรม ทีมเจ้าหน้าที่โครงการองค์การแพธ 4 คน

เนื้อหาหลักในการอบรม

1. ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประชากรข้ามชาติและการย้ายถิ่น
 - สถานะบุคคลและบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับประชากรข้ามชาติและการย้ายถิ่น
 - ประชากรและการย้ายถิ่นนิยามและคำศัพท์ต่างๆที่เกี่ยวข้อง
 - ลักษณะทางวัฒนธรรมและชาติพันธุ์
 - สถานะบุคคลของประชากรข้ามชาติ
2. เอกสารสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
 - บัตรประจำตัวประเภทต่างๆ
 - ใบรับรองการเกิด และสูติบัตร

3. สุขภาพ

- สิทธิสุขภาพ
- การวางแผนครอบครัว
- อนามัยแม่และเด็ก
- โปรแกรมวัคซีน และการได้รับวัคซีนจากสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก

4. การเก็บข้อมูล

- แบบสอบถามภาคสนาม และการทดลองใช้
- พื้นที่เก็บข้อมูล
- การเข้าหากลุ่มเป้าหมาย

กำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการ

เสาร์ที่ 24 มี.ค. 2555

9.00 -10.30 น.	ความรู้เกี่ยวกับการทำสำมะโนประชากร วิทยากร รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล
10.45 - 12.30 น.	ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประชากรข้ามชาติและการย้ายถิ่นสถานะบุคคลและบริบทด้านสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวกับประชากรข้ามชาติและการย้ายถิ่น วิทยากร รศ.ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล
13.30 - 15.30 น.	ประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ นิยามศัพท์และตัวอย่างเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง วิทยากร นางลักษณ ดิษฐวงศ์
15.45 - 17.00 น.	วัคซีน อนามัยแม่และเด็ก วิทยากร กฤติกา พนาธนสาร

อาทิตย์ที่ 25 มีนาคม 2555

9.00 - 10.30 น.	วิธีการเก็บข้อมูลและการลงพื้นที่เก็บข้อมูล วิทยากร ทีมอาจารย์ศศิธร ศิลปวุฒยา
10.45 - 12.15 น.	แบบสอบถาม วิทยากร ทศนัย ชันทยาภรณ์
13.30 - 17.00 น.	ทดสอบการใช้แบบสอบถาม และสรุปผล วิทยากร ทีมอาจารย์ศศิธร ศิลปวุฒยา

เอกสารแนบที่ 2

แบบสอบถามภาคสนาม

ก. แบบสอบถามบ้าน

ก. อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

หมายเลขเขตแดน (EA)	หมายเลขแบบสอบถาม
บ้านเลขที่	
ผู้บันทึกข้อมูล 1. 2.	

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลภาคสนาม.....

วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ส่วนที่ 1 คำถามบ้าน อธิบดี (๑) อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

ผู้ตอบ: สมาชิกในบ้าน 1 คน อธิบดี - อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป การประกอบอาชีพ และการเคลื่อนย้าย

อธิบดี (๑) อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

เฉพาะบ้านที่มีคนสัญชาติ พม่า ลาว หรือกัมพูชา

อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

และ เฉพาะสมาชิกที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ให้ตอบเรื่องการประกอบอาชีพและการเคลื่อนย้ายด้วย (ผู้ตอบ) อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

ผู้ตอบ: สมาชิกบ้าน 1 คน อธิบดี - อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

อธิบดี - อธิบดีตรวจดูฤกษ์ยามและฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์ฤกษ์

ສ່ວນທີ 1 ຄຳຄາມບ້ານ ພື້ນ 101-104

ອາດີດ: (ວ) ພະອຸກະ ອຳນາດຊີວິດຊາວບ້ານ: ພະອຸກະນຸປັດ ໑໐໑ – ໑໐໒

Q101 ລັກສະນະທີ່ຢູ່ອາໄສ ຊາວບ້ານ: (ໄດ້ຕ້ອງການ ແຕ່ໃຫ້ເຈົ້າໜ້າທີ່ເກັບຂໍ້ມູນພິຈາລະນາແລະລະຫັດຂໍ້ມູນເອງ)
ເມື່ອພະອຸກະກິ(ພະອຸກະ)ໜ້າທີ່ເກັບຂໍ້ມູນ ມີອິດທິພົນຕໍ່ ບັນດາຊາວບ້ານ:

1. ບ້ານເຕີຍ ຫລື ບ້ານເຕີຍ
2. ທາງເຂົ້າສູ່/ບ້ານແປດ ເວັ້ນເວັ້ນ/ອຳນາດ
3. ຕຶກແຄວ/ອາຄານພານິທິ ອຳນາດ/ອຳນາດ
4. ຄອນໂດມີເນີຍ/ແມ່ນ້ຳ/ພັກ ອຳນາດ/ອຳນາດ
5. ບ້ານພັກຄົນງານໃນໂຮງງານ ອຳນາດ/ອຳນາດ
6. ຫ້ອງໃນສຳນັກງານ ອຳນາດ/ອຳນາດ
7. ເຮືອ ພາ ລຸນ ເລື່ອນ ເລື່ອນ
9. ໄມ້ຕອບ (ພະອຸກະ)
10. ອື່ນໆ ອຳນາດ: (ພະອຸກະ).....

Q102 ຈຳນວນສາມາດໃນບ້ານ ອຳນາດຊີວິດຊາວບ້ານ: ອາດີດ: ອາດີດອາດີດ
(ໃສ່ຕົວເລກ ນັກອາດີດອາດີດ) ຄົນ. ເວັ້ນ

Q103 ສາມາດເພາະບໍ່ມີສະໜອງໂທດຫລືບໍ່ມີສະໜອງໂທດໃນບ້ານ
ອຳນາດຊີວິດຊາວບ້ານ: ອາດີດ ອາດີດ ອາດີດ (ວຽກ ອາດີດ) ອາດີດ: ອາດີດອາດີດ

1. ບໍ່ມີ ອາດີດ (ຈະບໍ່ມີ ອາດີດ ອາດີດ ອາດີດ ອາດີດ ອາດີດ)
2. ມີ ອາດີດ (ຄາດຕະໄນໃນສ່ວນທີ 2 ພະອຸກະ ອາດີດ: ໒ ອາດີດ ອາດີດ)

Q104 ຈຳນວນຂອງບໍ່ມີສະໜອງໂທດໃນບ້ານ ອຳນາດອາດີດ: ອາດີດ ອາດີດ ອາດີດ ອາດີດ ອາດີດ
..... ຄົນ. ເວັ້ນ

ข้อมูลทั่วไปของชาวต่างชาติ 3 สัญชาติที่อาศัยอยู่ในบ้าน (ให้ใส่ตัวเลขลงในตารางช่องของแต่ละคน)

အိမ်အနီးရှိမိသားစုဝင်များ တွင်နေထိုင်သည့် နိုင်ငံ ၃ နိုင်ငံမှ ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားများ၏ အထွေထွေအချက်အလက်များ။

ဇယားကံ နေထိုင်သူ	1	2	3	4	5	6	7	8
ပထမ	ဒုတိယ	တတိယ	စတုတ္ထ	ပဉ္စမ	ဆဌမ	သတ္တမ	သတ္တမ	သတ္တမ
အသက်အရွယ်နှင့်အမျိုးမျိုး								
အသက်အရွယ်								
Q207 မိသားစုဝင် 1. အမျိုး 2. အမျိုး								
Q208 အသက် နှစ် (အသက်အရွယ်/အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 15 နှစ်အထက်အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် အသက် ၁၅ နှစ်အထက်အသက်အရွယ် အသက် ၁၅ နှစ် အသက် ၁၅ နှစ်)								
Q209 အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 1. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 2. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 3. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 4. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 5. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 6. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 7. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 8. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 9. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ် 10. အသက်အရွယ် အသက်အရွယ်								

လောက် ကုဒ်	1	2	3	4	5	6	7	8
၀၀၀၀	၀၀၀၀	၀၀၀၀	၀၀၀၀	၀၀၀၀	၀၀၀၀	၀၀၀၀	၀၀၀၀	၀၀၀၀
ကုဒ်နံပါတ်								
အမည်								
Q210 ဧကရာဇ်ပြည်ထောင်စုအတွက် ဝင်ရောက်ခွင့်								
၁. မရှိပါ။								
၂. မရှိပါ။ ဧကရာဇ်ပြည်ထောင်စုအတွက် ဝင်ရောက်ခွင့်								
၃. မရှိပါ။ ဧကရာဇ်ပြည်ထောင်စုအတွက် ဝင်ရောက်ခွင့်								
၄. မရှိပါ။ ဧကရာဇ်ပြည်ထောင်စုအတွက် ဝင်ရောက်ခွင့်								
၅. မရှိပါ။ ဧကရာဇ်ပြည်ထောင်စုအတွက် ဝင်ရောက်ခွင့်								
၆. မရှိပါ။ ဧကရာဇ်ပြည်ထောင်စုအတွက် ဝင်ရောက်ခွင့်								
၇. မရှိပါ။ ဧကရာဇ်ပြည်ထောင်စုအတွက် ဝင်ရောက်ခွင့်								

[illegible]

ເວລາ ຄົນທີ	1 ບອນ	2 ຊອນ	3 ທອນ	4 ທຸນ	5 ບຸນ	6 ສຸນ	7 ວຸນ	8
ຄວາມສຳພັນກັບຜູ້ຕອບຄຳຖາມ								
ຂໍ້ຄຳຖາມ ພຣະຊົນ:								
<u>Q218</u> ສຖານທີ່ອາໄສຢູ່ສຸດທ້າຍກ່ອນຍ້າຍມາທີ່ນີ້ ອາດຊ່ວຍເຊື່ອວ່າ ວິຊາຊາກຸ່ມລາວວິດ ຊາກຸ່ມວິດຊ່ວຍເຊື່ອວ່າຊາກ ວາຍຊາກວິດ. 1 ເຂດໃນໃນ ກຸ່ມ. ວາກກວາກຸ່ມ ຕອກຸ່ມ ຕາວິກະນຸຍ(ເອວ)ຸ່ມ (ຮະນຸ ຊາກວິດ) 2 ຈັງຫວັດໃນປະເທດໄທ (ຮະນຸ ຊາກວິດ) ຕາວິກະນຸຍ (ເອວ) ຸ່ມ (ຮະນຸ ຊາກວິດ)..... 3 ມາຈາກປະເທດ ອາວຸກວິດ ຕາວິກະນຸຍ ຕາວິກະນຸຍ 1 ພວ່າ ອາກວິດ 2 ສາ ລາວວິດ 3 ກຸ່ມພຸກ ກຸ່ມວິດວາ: 4 ອື່ນໆ ຕາວິກະ (ຮະນຸ ຊາກວິດ).....								

ခ။ မိသားစုဝင်များအားမေးရန် နည်းလမ်း

ສ່ວນທີ 3 ຂໍ້ມູນການຄຸມກຳເນີດ

အပိုင်း (၃)ကလေးခြားယူရန်စီစဉ်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ ၊

Q319 တ່ານແລະနွယ်တ່ານ နေထိုင်သူတို့သည်အတူတူနေထိုင်ပါသလား သို့မဟုတ် ခွဲနေပါသလား။

1. နေထိုင်သူတို့သည် အတူတူနေထိုင်ပါသည်။
2. နေထိုင်သူတို့သည် ခွဲနေထိုင်ပါသည်။ အမျိုးသားက ဘယ်မှာနေပါသလဲ။
 1. ဝန်ထမ်းများနှင့်ပရိသတ်များ ဘန်ကောက်မြို့နယ်၊ မြို့နယ်၊ နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု၊
 2. နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု၊ နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု၊ နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု၊
 3. ပြည်ထောင်စု (မာ၊ လာ၊ ကံ၊ မာ) ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံ (မြန်မာ၊ လာအို၊ ကမ္ဘောဒီးယား)မှာနေ ပါသည်။
 4. နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု (မာ၊ လာ).....

3. မာ၊ လာ (မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု **Q325**

Q320 ပုံမှန်အားဖြင့် နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှုသည် မာ၊ လာ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံပါသလား။

1. မာ၊ လာ နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု
2. မာ၊ လာ (မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု **Q322** မာ၊ လာ (မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု

Q321 နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှုသည် ပုံမှန်အားဖြင့် မာ၊ လာ သို့မဟုတ် ကိုယ်ပိုင် နိုင်ငံပါသလား။

1. မာ၊ လာ နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု
(မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု (မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု (မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု
2. မာ၊ လာ မာ၊ လာ (မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု **Q322** မာ၊ လာ (မာ၊ လာ) နယ်မြေအုပ်ချုပ်မှု

Q322 ပါဠိအဘိဓာန်ကဲ့သို့ မကောင်းသော အရာများကို ဖော်ပြပါ။

1 မကောင်းသော အရာများ

2 နှစ် နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများကို ဖော်ပြပါ။ (အနည်းဆုံး ၁ နှစ် **အထက်** ဖော်ပြပါ)
(အနည်းဆုံး ၁ နှစ်ကဲ့သို့ အရာများကို ဖော်ပြပါ။)

၁. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၂. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၃. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၄. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၅. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၆. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၇. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၈. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၉. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၁၀. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၁၁. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၁၂. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၁၃. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ

Q323 နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများကို ဖော်ပြပါ။

၁. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၂. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၃. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ

Q324 နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများကို ဖော်ပြပါ။

၁. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၂. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ
၃. နှစ်ကဲ့သို့ ကောင်းသော အရာများ

Q325 ပါဠိအဘိဓာန်ကဲ့သို့ မကောင်းသော အရာများကို ဖော်ပြပါ။

၁. မကောင်းသော အရာများ
၂. မကောင်းသော အရာများ

Q326 คิดว่า ทร. 1/1 มีประโยชน์อย่างไร (ให้ดูตัวอย่างเอกสารจริง ห้ามถามนำ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ထောရာ 1/1 ဘာအတွက် အကျိုးရှိပါသလဲ။ (တကယ့် စာရွက်စာတမ်းကို နမူနာပြပါ။ အဖြေအရိပ်အရောင်ပေး၍ မေးမြန်းခြင်းမျိုးမလုပ်ရ။ တစ်ချက်ထက်ပိုဖြေခွင့်ရှိသည်။)

1. ใช้เป็นหลักฐานแสดงการเกิดในประเทศไทย ยိုင်းနိုင်ငံတွင် မွေးဖွားကြောင်း သက်သေအဖြစ် သုံးနိုင်ပါတယ်
2. เป็นเอกสารประกอบการขอสูติบัตรในประเทศไทย ยိုင်းနိုင်ငံမှာ မွေးလက်မှတ် တောင်းခံရန်အတွက် စာရွက်စာတမ်းဖြစ်တယ်
3. ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ ตอบไม่ได้ မသိပါ၊ မသေချာပါ၊ မဖြေတတ်ပါ
4. อื่นๆ အခြား_____
9. ไม่ตอบ မဖြေဆို

Q327 เด็กต่างด้าวที่เกิดในประเทศไทย สามารถขอใบเกิด (สูติบัตร) ได้หรือไม่

ယိုင်းနိုင်ငံတွင် မွေးဖွားသည့် ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားကလေးအတွက် မွေးလက်မှတ်တောင်းခံ၍ ရပါသလား။

1. ได้ ရပါတယ်
2. ไม่ได้ မရပါ
3. ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ မသိပါ / မသေချာပါ

Q328 เด็กต่างด้าวที่มีสูติบัตร จะได้รับสัญชาติไทยด้วยหรือไม่

ယိုင်းနိုင်ငံတွင် မွေးဖွားပြီး မွေးလက်မှတ်ရှိတဲ့ ရွှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားကလေးဟာ ယိုင်းနိုင်ငံသားအဖြစ် ရနိုင်ပါသလား။

1. ได้ ရနိုင်ပါတယ်
2. ไม่ได้ မရနိုင်ပါ
3. ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ မသိပါ / မသေချာပါ

Q329 สูติบัตรสามารถไปขอได้ที่ไหน (ห้ามถามนำ)

မွေးလက်မှတ်ကို ဘယ်မှာ တောင်းခံနိုင်ပါသလဲ။ (အဖြေအရိပ်အရောင်ပေး မေးမြန်းခြင်းမျိုးမလုပ်ရ။)

1. สำนักงานเขต ศูนย์မြေ(ေတ်)လူဝင်မှုကြီးကြပ်ရေးရုံး၊
2. ที่ว่าการอำเภอ မြို့နယ်အစိုးရရုံး၊
3. สำนักงานเทศบาล စည်ပင်သာယာရေးရုံး၊
4. สำนักงานจัดหางาน အလုပ်ရှာဖွေရေးအလုပ်သမားရုံး၊
5. โรงพยาบาล ဆေးရုံ၊
6. ไม่รู้/ ไม่แน่ใจ မသိပါ / မသေချာပါ
7. อื่นๆ ระบุ အခြား ရေး_____
9. ไม่ตอบ မဖြေဆို

Q438 ရာဇဝတ်မှုတစ်ခုစီအားပတ်သက်သော အချက်အလက်များကို ဖော်ပြပါ။ သားသမီးတစ်ဦးချင်းစီ၏ မွေးဖွားမှုနှင့် အသက်ရှင်နေထိုင်မှု အသေးစိတ်အချက်အလက်များ။

ကလေး၏ သားသမီးအမည်	မိခင် အမည်	မွေးဖွားသည့်နေ့ရက် သို့မဟုတ် ဖွားမြင်နေ့ရက်		အသက် နှစ် (ပြည့်စုံ) မပြည့်စုံ	မွေးဖွားသည့်နေရာ		နေထိုင်သည့်နေရာ			အသက်ရှင်နေထိုင်သည့်နေရာ	
		လ	ရက်		မြို့နယ်	မြို့	ရပ်ကွက်	အိမ်	အခြား	မြို့နယ်	မြို့

အသက် ၀-၁၅ နှစ်အတွင်း မွေးဖွားသည့် သားသမီးများ၏ မွေးဖွားမှုနှင့် အသက်ရှင်နေထိုင်မှု အသေးစိတ်အချက်အလက်များကို ဖော်ပြပါ။

ส่วนที่ 5 ข้อมูล วัคซีนโปลิโอ และการจัดการเมื่อเจ็บป่วย
အပိုင်း(၅)ပိုလီယိုကာကွယ်ဆေး၊ ဖျားနာမှုအပေါ်ပြုစုခြင်း နှင့်ပတ်သက်သည့်အချက်အလက်များ

Q539 คุณทราบหรือไม่ว่า ประเทศไทยมีการรณรงค์ให้หยุดวัคซีนโปลิโอให้เด็กที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกๆ ปี

ဒီထိုင်းနိုင်ငံမှာ နေထိုင်တဲ့ကလေးတွေအတွက် ထိုင်းနိုင်ငံက ပိုလီယိုရောဂါကာကွယ်ဆေးတိုက်ကျွေးပြီး လုံ့ ဆော်မှုပေးတာ ကို သင်သိပါသလား။

1. သိပ္ပံနည်းကျ သိပ္ပံနည်းကျ .2 မြေအောက် မြေအောက် .3 မြေအောက် မြေအောက်

Q540 สำหรับเด็กต่างชาติ มีการณรงค์ให้หยอดในกลุ่มเด็กระหว่างอายุเท่าไร

ရှေ့ပြောင်းအလုပ်သမားကလေးတွေကို ဘယ်အသက်အရွယ်မှာ ပိုလီယိုရောဂါကာကွယ်ဆေး တိုက်ကျွေးတယ်ဆိုတာ သိပါသလား။

1. ตอบได้ ระหว่าง _____ ปี ถึง _____ ปี
2. ไม่รู้/ตอบไม่ได้/ไม่แน่ใจ

Q541 การหยอดวัคซีนในแต่ละปี จะหยอดกี่ครั้ง ဘဝန့်ဗုာ် ပိုဝီယိရောဂါကာကွယ်ဆေးကို ဘယ်နှစ်ကြိမ်တိုက်ကျွေးပါသလဲ။

1. 1 ^၁ ငါ့ ၁ ကြိမ် .22 ^၂ ငါ့ ကြိမ် .3 မှေးမှေး ခုတ်ချုပ် .4 မှေးမှေး မှေးမှေး

Q542 ในช่วงต้นปีที่ผ่านมา คุณ (แม่หรือผู้ดูแลเด็ก) ได้นำเด็กที่คุณดูแลอายุต่ำกว่า 15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยไปหยอดวัคซีนโปลิโอหรือไม่

ပြီးခဲ့တဲ့နှစ်ဆန်းပိုင်းက၊ ထိုင်းနိုင်ငံမှာနေတဲ့၊ သင့်ရဲ့ အသက် ၁၇ နှစ်အောက်သားသမီးတွေကို၊ ပိုလီယိုရောဂါကာကွယ် ဆေးတိုက်ကျွေးဖို့ ၊ သင်ခေါ်သွားပါသလား။

ชื่อเด็ก သားသမီးအမည်	หมายเลขเด็ก	ครั้งที่ 1 เดือนมกราคม ပထမအကြိမ် ဇန်နဝါရီလ		ครั้งที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ ဒုတိယအကြိမ် ပေဖော်ဝါရီလ		สาเหตุที่ไม่พาลูกไปหยุดวัดขึ้น သားသမီးကို ပိုလီဗိုကာကွယ် ဆေးတိုက်ကျွေးရန် မခေါ်သွားရသည့် အကြောင်းရင်း၊
		หยุด တိုက်ကျွေးဘယ်	ไม่ได้หยุด မတိုက်ကျွေးရပါ	หยุด တိုက်ကျွေးဘယ်	ไม่ได้หยุด မတိုက်ကျွေးရပါ	

ကလေးအတွက် ကာကွယ်ဆေးဟာ ပိုလီယိုဖြစ်တဲ့အကြောင်းနဲ့၊ အခြားအကြောင်းတွေကို သင် ဘယ်ကနေ သိရှိရပါသလဲ။

- Q544** คิดว่าอาการผิดปกติอะไรที่เกิดขึ้นกับลูก ที่ไม่สามารถดูแลเองที่บ้าน/ซื้อยากินเอง แต่ต้องพาถูกไปพบหมอเพื่อรักษา (ห้ามถามนำ ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

[illegible]

Q 547 สถานบริการสุขภาพที่ท่านไปใช้เป็นสถานบริการตามสิทธิประกันสุขภาพหรือไม่

သင်သွားရောက်ကုသသည့် ကျန်းမာရေးပြုစုပေးသည့်နေရာဟာ သင့်ကျန်းမာရေးအာမခံလုပ်ထားတဲ့နေရာ ဟုတ် ပါသလား။

1. ថ្ងៃ ហូចបំផុត
2 . ឯងថ្ងៃ មហូចបំផុត
- 3 . ឯងមានសុខភាពល្អណាស់ វាអាចនាំមកនូវអារម្មណ៍ដល់អ្នកទាំងអស់

[illegible]

1. ဂြိုဟ်းကမ္ဘာတို့၏ နေရာအနေအထား
2. ဂြိုဟ်းကမ္ဘာတို့၏ အရွယ်အစား
3. ခရီးသွားမှုများ
4. မြေကြီးပေါ်ရှိ အရာဝတ္ထုများ
5. ဂြိုဟ်းကမ္ဘာတို့၏ အသံအသွယ်များ
6. မြေကြီးပေါ်ရှိ အရာဝတ္ထုများ
7. မြေကြီးပေါ်ရှိ အရာဝတ္ထုများ
8. မြေကြီးပေါ်ရှိ အရာဝတ္ထုများ
9. မြေကြီးပေါ်ရှိ အရာဝတ္ထုများ

ค. ข้อมูลลูก 0-2 ปี (ชุด A)
ก. กว่าจะพูดได้ครั้งแรกและครั้งแรก

หมายเลขเขตแดน (EA)	หมายเลขแบบสอบถาม
บ้านเลขที่ ครอบครัวที่.....ลูกคนที่.....	
หมายเลขเด็ก (ให้เอาหมายเลขในลำดับที่ใส่ไว้ในตารางมาใช้เป็นหมายเลขเด็ก)	
ผู้บันทึกข้อมูล 1. 2.....	

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลภาคสนาม..... วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ชุด A ข้อมูลปากท้อง หลังคลอด วัคซีน นมแม่ โภชนาการ และความเจ็บป่วย

อายุ (A) ภายใต้อายุ 1 เดือน: ๑-๓ เดือน: ๓-๖ เดือน: ๖-๙ เดือน: ๙-๑๒ เดือน: ๑-๒ ปี: ๒-๓ ปี: ๓-๔ ปี: ๔-๕ ปี: ๕ ปีขึ้นไป:

ผู้ตอบ แม่ต่างตัว ที่มีลูกอายุ 0-2 ปี (แต่ไม่ถึง 2 ปี) ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

ชื่อ: นามสกุล: อาชีพ: ที่อยู่: โทรศัพท์: อีเมล:
ชื่อ: นามสกุล: อาชีพ: ที่อยู่: โทรศัพท์: อีเมล:

စုစုပေါင်း အမှတ် (A)

စီစဉ်သူ ကလေးအမည် _____

ဇယား အသက် _____ နှစ် _____ လ၊ _____ ပြီ _____ เดือน จาก 1. สมุดสีชมพู ฉบับเรียนจบแล้ว 2. ความจำ (တ်จฺรณ)

คำถามที่เกี่ยวข้องกับการฝากท้อง วัดชีนแม่ การคลอดและหลังคลอด

ကိုယ်ဝန်အပ်ခြင်း၊ မိခင်ကာကွယ်ဆေး၊ မီးဖွားခြင်းနှင့် မွေးဖွားပြီးပြုစုခြင်းနှင့် ပတ်သက်သည့်မေးခွန်းများ

A1 ตอนที่ตั่งห้อง (ชื่อเด็ก กะละฮะฮะ)ตั่งใจหรือวางแผนจะมีลูกหรือไม่

ကို ကိုယ်ဝန်ရှိတုန်းက ကလေးယူဖို့ ရည်ရွယ်ပြီးမှ သို့မဟုတ် အစီအစဉ်ဆွဲပြီးမှ ကိုယ်ဝန်ယူတာ ဟုတ်ပါသလား။

1. ဤ တုတ်ပါတယ် ချိမ်ပြေတစ်ချပ်)A3 မေ့ခွန်း A3ကိုသွားမေးပါ)
2. မိမိ၏ မတုတ်ပါ

A2 ทำไมจึงไม่ยกห้องตอนนั้น (กรณีตอบไม่ใช่) ต้องการเลื่อนการมีลูกออกไปก่อน หรือมี บุตรเพียงพอแล้ว

(‘မဟုတ်ပါ’ ဟုဖြေပါက) ကိုယ်ဝန်မယူချင်တာ၊ ကလေးမလိုချင်သေးလို့လား သို့မဟုတ် ကလေးဒီလောက်ရှိတာနဲ့ ဘဲတော်ပြီမို့လို့လား။

- ၁။ လျှောက်ထွက်သွားမည့်အခါ ကလေးမလိုချင်ဘဲ သေဆုံးရပါသည်။
- ၂။ မိမိတို့ကိုယ်တိုင် ပြုစုပျော်ရွှင်နေကြစဉ် ကလေးဒီလောကမှ ထွက်ခွာခဲ့ပြီး ဘုံတွင် ပြန်လည် တွေ့ဆုံနိုင်ပါသည်။
- ၃။ အခြား.....

A3 ตอนที่ (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်).....รู้ว่าทำอะไรก็ได้ที่เค้านั่นแล้ว

ကို ကိုယ်ဝန်ရှိတဲ့က ကိုယ်ဝန်ဘယ်နှစ်လလောက်မှာမှ ဒီကိုယ်ဝန်ရှိတယ်ဆိုတာ သင်သိပါသလဲ။

1. ភ្នំរ៉ាំរ៉ៃ ក្នុងចំណោម _____ គឺជា លំដាប់
2. ឯកសារណាមួយ មិន/មិនមែន

A4 ตอนที่ตั่งท้อง (ชื่อเด็ก ทละ:รวมจ)..... มีวิกฤต/ พบปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตหรือไม่ คืออะไร

ကို ကိုယ်ဝန်ရှိတုံးက၊ အခက်အခဲ/ပြဿနာကိုကြုံတွေ့ ရတာတို့ ရှိပါသလား။

1. အိမ် မရှိပါ
2. အိမ် ရှိပါတယ်

စမ်းသပ်ချက်အရ ခုနစ်နှစ်ကြာတော့ ရာစုပြဿနာတွေကို ပြောပြပါ။

- [illegible]

2.) กรณีที่ไม่มีสมุดคณามั้ยแม่และเด็ก มีฉั้ดรุ้ดกလေးကျွန်းမာရောအာမံကိစ္စပါက) ให้ถามจากการจำได้
မှတ်မိသလောက် ပြောပြခိုင်းပါ။
1. ใต้รับการฉีดวัคซีน ကာကွယ်ဆေးထိုးရသည့် အကြိမ် _____ ကြိမ်
 2. จำไม่ได้/ไม่แน่ใจว่าได้รับกี่ครั้ง မမှတ်မိပါ/ဘယ်နှစ်ကြိမ်ထိုးရလဲဆိုတာ သေချာမသိပါ

A11 ก่อนที่จะตั้งท้อง (ชื่อเด็ก ကလေးအမည်) เคยได้รับวัคซีนบาดทะยักทั้งที่ฉีดป้องกันเอง หรือ
ฉีดในระหว่างตั้งท้องหรือไม่ ကို ကိုယ်ဝန်မရှိတုန်းက သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ရှိတုန်းက သင့် မေးခိုင်းရောဂါကာကွယ်ဆေးထိုးဖူးသလား။
(ภายใน 10 ปี ၁၀ နှစ်အတွင်း)

1. ใต้ ထိုးဖူးပါတယ်
2. မှတ်မိရုံ မထိုးဖူးပါ
3. မှတ်မိရုံ/မသိရုံ/မသေချာပါ

กรณีได้ เคยได้รับกี่ครั้ง ထိုးဖူးပါက ဘယ်နှစ်ကြိမ်ထိုးဖူးပါသလဲ။

1. ใต้ _____ ကြိမ် ထိုးဖူးပါတယ်
 2. မှတ်မိရုံ/မသိရုံ/မသေချာပါ
- ใต้ရက်ပေါင်း _____ ထိုးဖူးတာ ဘယ်နှစ်ကြိမ်ပါသလဲ။
1. ใต้ရက်ပေါင်း _____ နှစ်ကြိမ်
 2. မှတ်မိရုံ/မသိရုံ/မသေချာပါ

A12 ตอนคลอด (ชื่อเด็ก ကလေးအမည်) คุณมีประกันสุขภาพหรือไม่ ကို မေးတုန်းက သင့်မှာ
ကျန်းမာရေးအာမံကိစ္စရှိပါသလား။

1. မှတ်မိရုံ
2. မှတ်မိရုံ

A13 ตอนคลอด (ชื่อเด็ก ကလေးအမည်) เป็นการคลอดเองโดยธรรมชาติ หรือผ่าท้องคลอด
ကို မေးတုန်းက သင့်မှာ ကျန်းမာရေးအာမံကိစ္စရှိပါသလား။

1. คลอดเองโดยธรรมชาติသဘာဝရိုးရိုးဘဲမွေးတယ်
2. မှတ်မိရုံ/မသိရုံ/မသေချာပါ

A14 (ชื่อเด็ก ကလေးအမည်) มีน้ำหนักแรกคลอดเท่าไร (ตอบข้อใดข้อหนึ่ง)
ကို မေးတုန်းက သင့်မှာ ကိုယ်အလေးချိန်ဘယ်လောက်ရှိပါသလဲ။ (အပြေတစ်ခုသာရွေး ပြောပါ)

1. จากเอกสาร ทางการแพทย์အရ _____ ဂရမ် ဂရမ်
2. จากความจำ မှတ်ဉာဏ်အရ
 1. တံ့ကွာ 2,500 ဂရမ်/ တံ့ကွာ 5.5 ပေါ့နပ်
 2. မကွာ 2,500 ဂရမ် 5.5 မကွာ/ ပေါ့နပ်
 3. မှတ်မိရုံ/ မသိရုံ/ မသေချာပါ

A15 หลังคลอด (ชื่อเด็ก ကလေးအမည်) ได้ทำประกันสุขภาพให้ลูกหรือไม่ ကို
မေးပြီးတဲ့နောက်ပိုင်းမှာ ကျန်းမာရေးအာမံကိစ္စလုပ်ရသလား။

1. မှတ်မိရုံ မလုပ်ရပါ
2. မှတ်မိရုံ လုပ်ရတယ်

របបប្រភេទប្រកាន់ស្តុក្ខភាព ក្បួនៈមាតិកាទាំងអស់នៃច្បាប់នេះកុំ ទុកឱ្យ

A16 (ชื่อเด็ก ทละระอาอฺ) ได้กินนมแม่หลังจากคลอดลูกแล้ว เมื่อไร

ကို မွေးပြီးတဲ့နောက် ကလေး မိခင်နို့ ကို ဘယ်အခါမှာ စို့ရသလဲ။

1. ทันทีหลังคลอด ຜູ້ປະປຸງຢູ່ດຽວ
2. ภายในวันที่คลอดลูก ຜູ້ວຽກຢູ່ດຽວ
3. ภายใน 2 วัน
4. ภายใน 3 วัน
5. หลังจาก วัน 3
6. ไม่ทราบ/จำไม่ได้ ພວມບໍ່ຮູ້/ບໍ່ຈຳນວນ

A17 နံနက်ပိုင်းက နေထိုင်ရာ အိမ်ထဲမှာ (အိပ်ရာထဲမှာ) နေထိုင်နေကြတာပါ။
 မိမိတို့အဖို့ အရေးကြီးတဲ့ အရာတွေကို ပြောပြပါ။

1. ກິນແຕ່ນມແມ່ເຫຼົ້ານັ້ນ ມີວິນິດຊື່ ວ່າຊື່ ຫວຍ
2. ໄດ້ ຫວຍ

၃. ဘာတွေ စားလဲဆိုတာပြောပြပါ။
 (အဖြေအရိပ်အရောင်ပြ၍ မမေးရ၊ တစ်ခုထက်ပို ဖြေခွင့်ရှိသည်။)

1. နံ့ပါးလှေ
2. နမူနာ တစ်ခု
3. နံ့သာ အချိုး
4. နံ့သာဓာတ်အစိတ်အပိုင်း
5. နံ့သာ ထုတ်လုပ်
6. နံ့သာ လက်ခံရ
7. နံ့သာ ပျံ့နှံ့
8. နံ့သာ မထုတ်လုပ်
9. နံ့သာအမျိုးအစား
10. နံ့သာအမျိုးအစား
11. နံ့သာ အမျိုးအစား

နာမည်:

- **ကမ္ဘာ့ဂရုဏ်း** ကို **ကမ္ဘာ့ဂရုဏ်း** နှင့် **ကမ္ဘာ့ဂရုဏ်း** နှစ်ခုစလုံးကို ဖြည့်စွက်ရန် လိုအပ်ပါသည်။

1. 1. 2. 3.

1. 1. 2. 3.

1. คิดว่าลูกไม่ต้องได้รับวัคซีนก็ไม่ใช่ไร မထိုးလဲကလေးအတွက်ဘာမှဖြစ်ဘူး မလိုဘူးလို့ ထင်လို့ပါ။

- ဘာသာစကားနားမလည်လို့၊ ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းနဲ့ ဘယ်လို စကားပြောရမှန်းမသိလို့၊

2. မြို့မရပ် မရပ် (အမည်အတိုင်း) A27 မေးခွန်း A27 ကိုသွားမေးပါ)

A26 ปัจจุบัน (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်)กินนมแม่อยู่หรือไม่ အခု မိခင်နို့ ဖို့ နေသေးလား။

1. กิน ဖို့ တယ်
2. ไม่ได้กิน မဖို့ ပါ

A27 นอกจากนมแม่ เมื่อวานนี้ (กลางวัน)/ (กลางคืน) ได้ให้ กินของเหลวอื่น หรือไม่ (ชื่อเด็ก)

မနေ့ က (နေ့ ဘက်/ညဘက်မှာ) မိခင်နို့ ရည်ကလွဲလို့ (ကလေးအမည်) ကို တခြားအရည်တွေ တိုက်ကျွေးပါသလား။

1. ไม่ให้กิน မတိုက်ကျွေးပါ
2. ให้กิน ระบุว่าอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ห้ามถามน้ำ (တိုက်ကျွေးပါတယ်၊ ဘာတွေကျွေးလဲဆိုတာ ပြောပြပါ။ (အဖြေအတိုင်းအရောင်ပြု၍ မမေးရ၊ တစ်ခုထက်ပိုဖြေခွင့်ရှိသည်)
 1. นมผงสำหรับเลี้ยงทารก ระบุကလေးနို့ မှုန့်၊ အမျိုးအစား ရေးရပါ။ _____
 2. นมชั่นหวาน ระบุ နို့ ဆီ၊ အမျိုးအစား ရေးရပါ။ _____
 3. นมกลั่น ၀တ္တုပူး နို့၊ အမျိုးအစားရေးရပါ။ _____
 4. น้ำข้าว ထမင်းရည်
 5. น้ำซุปတင်းချိုရည်
 6. น้ำผลไม้ သစ်သီးရည်
 7. โยเกิร์ต နို့ ချဉ် _____
 9. ไม่ตอบ မဖြေဆို
 10. ဂလူကိုစ ဂလေးကို့စ်
 11. น้ำเปล่า ရေ
 12. อื่นๆ အခြား၊

A28 เมื่อวานนี้คุณได้ให้ (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်)กินอาหารอื่นๆ บ้างหรือไม่

မနေ့ က၊ ကို တခြားအစားအစာတွေ ကျွေးရသေးလား။

1. ไม่ให้กิน မကျွေးပါ
2. ให้กิน ကျွေးပါတယ်၊
 1. ဇီဝိဇီဇီဇီဇီဇီ (ထမင်းပု)
 2. ချောပု ကြက်ဥပြုတ်၊
 3. ချောပု ထမင်းပြု
 4. ဂလူယပု ဂုတ်ပျောသီး၊
 5. อื่นๆ အခြား.....

คำถามที่เกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยโรคท้องร่วง อัมพาตเฉียบพลันและภาวะขาดน้ำรุนแรง

A29 ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (เด็ก) (ก.ล.อ.)มีอาการท้องร่วงหรือไม่

ปริมาณอุจจาระเหลว/น้ำ ๒ ครั้ง/วัน หรือ อัมพาตเฉียบพลันและภาวะขาดน้ำรุนแรง

1. มี อุจจาระเหลว
2. ไม่มี อุจจาระเหลว **ข้ามไปตอบข้อ A33** **หมายเหตุ: A34** **กรณีนี้**

A30 ระหว่างที่ท้องร่วง (ก.ล.อ.)มีอาการท้องร่วง ได้กินน้ำ น้อยลงกว่าเดิม (หรือนมแม่)

หรือไม่อัมพาตเฉียบพลันและภาวะขาดน้ำรุนแรง

1. น้อยลงกว่าเดิม ๒ ครั้ง/วัน
2. เท่าเดิม ๒ ครั้ง/วัน
3. มากกว่าเดิม ๒ ครั้ง/วัน
4. ไม่ได้รับเลย ๒ ครั้ง/วัน
5. ไม่รู้/ตอบไม่ได้ ๒ ครั้ง/วัน

A31 ระหว่างที่ท้องร่วง (ก.ล.อ.)มีอาการท้องร่วง ได้กินอาหาร น้อยลงกว่าเดิมหรือไม่

อัมพาตเฉียบพลันและภาวะขาดน้ำรุนแรง

1. น้อยลงกว่าเดิม ๒ ครั้ง/วัน
2. เท่าเดิม ๒ ครั้ง/วัน
3. มากกว่าเดิม ๒ ครั้ง/วัน
4. ไม่ได้รับเลย ๒ ครั้ง/วัน
5. ไม่รู้/ตอบไม่ได้ ๒ ครั้ง/วัน

A32 ระหว่างที่ท้องร่วง (ก.ล.อ.)มีอาการท้องร่วงนั้น ได้ให้ผงน้ำตาลเกลือแร่หรือไม่

อัมพาตเฉียบพลันและภาวะขาดน้ำรุนแรง

1. ให้ เกลือแร่

ระบุชื่อ ยี่ห้อ หรือแหล่งที่มา เกลือแร่ที่รับประทาน ทานแล้วดีขึ้นหรือไม่

2. ไม่ได้ให้ เกลือแร่
3. ไม่รู้/ตอบไม่ได้ ๒ ครั้ง/วัน

A33 ระหว่างที่ท้องร่วง (ก.ล.อ.)มีอาการท้องร่วง ได้ให้การรักษาอื่นๆ หรือไม่

อัมพาตเฉียบพลันและภาวะขาดน้ำรุนแรง

1. ให้ ยา
2. ไม่ได้ให้ ยา
3. ไม่รู้/ตอบไม่ได้ ๒ ครั้ง/วัน

กรณีตอบให้ เป็นการรักษาอย่างไร ‘ยา’ รับประทาน ทานแล้วดีขึ้นหรือไม่

1. กินยา ระบุชื่อยา (จากซองยา)
ระบุชื่อ/ยี่ห้อ/ชื่อการค้า (ระบุชื่อ/ยี่ห้อ/ชื่อการค้า) _____
2. ฉีดยา ระบุที่ไหน ระบุชื่อ/ยี่ห้อ/ชื่อการค้า _____
3. ให้ น้ำเกลือ ระบุที่ไหน ระบุชื่อ/ยี่ห้อ/ชื่อการค้า _____

ค. ข้อมูลลูก 2-5 ปี (ชุด B)
ก. กวดေးမှတ်တမ်းမေးမြန်းရန် နည်းလမ်း

หมายเลขเขตแดน (EA)	หมายเลขแบบสอบถาม
บ้านเลขที่ ครอบครัวที่..... ลูกคนที่.....	
หมายเลขเด็ก..... (ให้เอาหมายเลขในลำดับที่ใส่ไว้ในตารางมาใช้เป็นหมายเลขเด็ก)	
ผู้บันทึกข้อมูล 1. 2.....	

เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลภาคสนาม..... วันที่เก็บข้อมูล...../...../.....

ชุด B ข้อมูล วัคซีน นมแม่ โภชนาการ และความเจ็บป่วย

အုပ်စု(B)ကိုယ်ဝန်အပ်ခြင်း၊ မွေးဖွားပြီးပြီဖြစ်ခြင်း၊ ကာကွယ်ဆေး၊ မိခင်နို့ တိုက်ကျွေးခြင်း၊ ကလေး-ကီးထွားဖွံ့ဖြိုးမှုနှင့် ဖျားနားမှု

မိမိ မိမိတို့သည် မိမိတို့၏ ၂-၅ နှစ် (မိမိတို့၏ ၅ နှစ်မပြည့်သေးသည့်) အရွယ်ရှိသည့် မိမိတို့၏ ကလေးအား အချိုးအစားကို
 မေးမြန်းရန် မေးခွန်းများ။

6. น้ำผลไม้ ดับด้วยน้ำ
7. โยเกิร์ต รสจืด _____
9. ไม่ตอบ မဖြေဆို
10. กลูโคส ၈၀၀ ကိုဗ်
11. น้ำเปล่า ရေ
12. อื่นๆ အခြား၊

B28 เมื่อวานนี้คุณได้ให้ (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်) อาหารอื่นๆกินบ้างหรือไม่

မနော့က ကို တခြားအစားအစာတွေ ကျွေးရသေးလား။

1. ไม่ให้กิน မကျွေးပါ
2. ให้กิน ကျွေးပါတယ်။
 1. ခြံခိုက် ဝိဇ္ဇာလက် (ထမင်းပု)
 2. ခြံခိုက် ကြက်ပြုတ်
 3. ခြံခိုက် ထမင်းပြု
 4. ခြံခိုက် ပုတ်ပျောသီးမွှေ
 5. อื่นๆ အခြား.....

คำถามที่เกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยโรคท้องร่วง อ่อนเพลียอาเจียนหรือท้องผูกและบวมด้วย เมื่อก่อน

B29 ในรอบ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်)มีอาการท้องร่วงหรือไม่

ပြီးခဲ့တဲ့ရက်သတ္တပတ် ၂ ပတ်က မှာ အားလျော့တာတွေရှိပါသလား။

1. မှီ ရှိပါတယ်
2. မရှိ မရှိပါ (ข้ามไปตอบข้อB34 เมื่อก่อน B34 ကိုသွားမေးပါ)

B30 ระหว่างที่ (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်) มีอาการท้องร่วง ได้กินน้ำ น้อยลงกว่าเดิมหรือไม่ (หรือนมแม่)

အားလျော့တဲ့အခါမှာ ရေသောက်(သို့ မဟုတ် မိခင်နို့ စို့)တာ ပုံမှန်ထက် နည်းလာပါသလား။

1. น้อยลงกว่าเดิม နည်းလာပါတယ် .4. များကွာသွား ပျားလာပါတယ်
2. เท่าเดิม ပုံမှန်အတိုင်းဘဲ .5. မိမိ/အမိမိမိမိ မသိပါ/မဖြေတတ်ပါ
3. မได้รับเลย မသောက်မစို့ပါ

B31 ระหว่างที่ (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်) มีอาการท้องร่วง ได้กินอาหาร น้อยลงกว่าเดิมหรือไม่

အားလျော့တဲ့အခါမှာ အစားအစာ စားတာ ပုံမှန်ထက် နည်းလာပါသလား။

1. น้อยลงกว่าเดิม နည်းလာပါတယ် .4. များကွာသွား ပျားလာပါတယ်
2. เท่าเดิม ပုံမှန်အတိုင်းဘဲ .5. မိမိ/အမိမိမိ မသိပါ/မဖြေတတ်ပါ
3. မได้รับเลย မသောက်မစို့ပါ

B32 ระหว่างที่ (ชื่อเด็ก) (ကလေးအမည်) มีอาการท้องร่วงนั้น ได้ให้ผงน้ำตาลเกลือแร่หรือไม่ အားလျော့တဲ့ကာလမှာ

ဝါတ်ဆားရည် တိုက်ကျွေးပါသလား။

1. ပေး ကျွေးပါတယ် .2. မိမိမိမိမိ မကျွေးပါ .3. မိမိမိမိမိ မသိပါ/မဖြေတတ်ပါ

ကုသမှုပေးတဲ့ ပုံစံ ချိတ် ချိတ် ချိတ်

ကျွေးပါတယ်ဟုဖြေပါက ဘာတံဆိပ်လဲ၊ ဘယ်ကနေရလဲ _____

เอกสารแนบที่ 3

แนวคำถามในการศึกษาเชิงคุณภาพ

ชุดหลัก: แนวคำถามผู้หญิงต่างด้าวที่มีลูกอายุประมาณ 0-2 ปี

การมีลูกและการคุมกำเนิด

1. ทำไมจึงอยากมีลูกในประเทศไทย
 - a. การมาอยู่ที่เมืองไทย ส่งผลต่อความต้องการ/ไม่ต้องการมีลูกไหมอย่างไร
 - b. การที่สามี-ภรรยาตัดสินใจมีลูกร่วมกันนั้นเป็นอย่างไร
2. ดูเหมือนเมื่อมาเป็นแรงงานอพยพ มีท้องน้อยลงเมื่อเทียบกับอยู่บ้านเกิด จริงหรือไม่?
 - a. ทำไมเมื่ออยู่เมืองไทยจึงคุมกำเนิดกันมากกว่าอยู่บ้านเกิด
 - b. การตัดสินใจคุมกำเนิดร่วมกันเป็นอย่างไร เพราะอะไร
 - c. การที่ผู้หญิงตัดสินใจคุมกำเนิดเองนั้นเป็นอย่างไร เพราะอะไร
 - d. แรงจูงใจในการคุมกำเนิดคืออะไร
3. กลุ่มที่มีการคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องไหม?
 - a. ทำไมจึงใช้ยาคุมมากที่สุด
-ใช้ยาคุมกำเนิดอย่างถูกต้องไหม ? -ความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาคุมกำเนิดเป็นอย่างไร ?
4. ทำไมผู้หญิงจึงคุมกำเนิดด้วยการฉีดยาน้อยกว่า
 - a. หากจะให้ยาฉีดมากขึ้น ทำอย่างไร
 - b. อะไรคืออุปสรรคทั้งในด้านความเข้าใจและการเข้าถึง
5. ทำไมการใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดน้อยมาก
6. ทำไมผู้หญิงจึงไม่สนใจทำหมันหญิง
 - a. ทำไมผู้ชายถึงไม่นิยมทำหมัน

การฝากท้องและเลี้ยงดูลูก

7. เมื่อท้อง อะไรเป็นแรงจูงใจที่ทำให้ไปฝากท้อง
8. หลังคลอดลูก เหตุใดจึงไม่นิยมทำประกันสุขภาพให้ลูก
 - a. ประโยชน์ของการทำประกันสุขภาพเด็กคืออะไร

9. ทำไปเด็กคลอดออกมาน้ำหนักตัวน้อยกว่าปกติ
- มีความเชื่อเรื่องไม่ให้ลูกในท้องโตไหม คืออะไร
10. คนพ่ำนิยมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หรือไม่
- มักเลี้ยงจนเด็กอายุเท่าไร
 - เด็กที่หย่านมเร็วเป็นเพราะอะไร
 - แม่ที่ทำงานลาคลอดได้หรือไม่ ลาได้นานเท่าไร ช่วงลาได้เงินไหม
 - มักกลับมาทำงานเมื่อลูกอายุได้กี่เดือน
11. มักเริ่มให้กินอาหารอื่นๆ นอกจากนมแม่เมื่อเด็กทารกอายุเท่าไร
- เหตุใดจึงให้กินเมื่อยังอายุน้อย
 - การกินอาหารอื่นๆ ในช่วงเด็กเล็กๆ มีผลอย่างไร
12. เพราะอะไรในช่วงหลังคลอด แม่จึงเลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ นอกจากนมแม่ด้วย
13. เด็กทารกที่ท้องร่วงมากๆ จะส่งผลต่อร่างกายอย่างไร
- การดูแลเด็กที่ท้องร่วง ควรทำอย่างไร
14. รู้จักผงน้ำตาลเกลือแร่ไหม มีประโยชน์อย่างไร
- วิธีการใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่สำหรับเด็กท้องร่วงอย่างไร
 - ผงน้ำตาลเกลือแร่จะช่วยรักษาอาการท้องร่วงเด็กได้อย่างไร
15. เหตุใดเมื่อมีการเจ็บป่วยของลูก จึงมักปรึกษากับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านเป็นหลัก
- คำแนะนำนั้น ได้ช่วยให้ลูกอาการดีขึ้นหรือไม่
 - คิดว่าคำแนะนำนั้น เชื่อถือได้มากเพียงใด
 - ต้องการเรียนรู้ ปรึกษา สุขภาพและการเจ็บป่วยของลูกจากที่ไหนมากที่สุด เพราะอะไร

การรับวัคซีนเด็ก

16. ที่พ่้ามามีสมุดสุขภาพเด็กแรกเกิดแบบนี้ใหม่(โซ่สมุดสีชมพู)
- ได้รับสมุดสีชมพูตอนไหน
 - สมุดสีชมพูมีประโยชน์อย่างไร
 - มีวิธีการเก็บรักษาอย่างไร
 - ควรเก็บไว้ถึงลูกอายุเท่าไร

17. การรับวัคซีนที่พม่าเป็นอย่างไร
- พาลูกไปรับที่สถานบริการ หรือมีเจ้าหน้าที่มาที่ชุมชน นัดหมายกันอย่างไร
 - มีค่าใช้จ่ายไหม
 - มีสมรรถภาพเด็กไหม
18. ชนิดของวัคซีนที่พม่า กับที่เมืองไทย แตกต่างกันไหม อย่างไร
- ที่พม่ามีอะไรบ้าง
 - ที่เมืองไทยมีอะไรที่มากกว่าของที่พม่าบ้าง
19. เด็กกลุ่มไหนบ้างควรได้รับวัคซีน
- เด็กทุกคน ทำไมจึงไม่ใช่?
 - ได้รับถึงอายุเท่าไร
 - วัคซีนป้องกันโรคอะไรได้บ้าง
20. การได้รับวัคซีนครบ หมายความว่าอย่างไร
- หากไม่ได้รับครบ จะเกิดอะไรขึ้น
21. การรับวัคซีนต้องไปรับตอนไหนบ้าง
- ไปรับอย่างไรก็ได้ เพราะอะไร
 - ไปรับตามอายุ หรือตามกำหนดนัดของหมอ เพราะอะไร
22. ถ้าเกิดไม่ว่างพาเด็กไปรับวัคซีนในวันนัด
- โดยทั่วไปทำอย่างไรกัน
 - ที่ถูกควรจัดการอย่างไรดี
23. หากเด็กป่วยในวันที่ได้รับวัคซีน ต้องทำอย่างไร
- โดยทั่วไปทำอย่างไรกัน
 - ที่ถูกควรจัดการอย่างไรดี
24. วิธีการกำหนดนัดหมายของหมอในสมุดสีชมพู คุยอย่างไร
- กลุ่มมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนอย่างไร
 - อะไรเป็นอุปสรรคที่ทำให้ไม่เข้าใจวิธีการนัดหมาย
25. เด็กกลับบ้าน หากต้องการรับวัคซีนต่อเนื่อง ควรทำอย่างไร
- เด็กเพิ่งย้ายมาเมืองไทย จะรับวัคซีนต่อเนื่อง ควรทำอย่างไร

26. มีความเข้าใจสับสนระหว่างการหยอดโพลิโอในเด็กเล็ก และการหยอดในช่วงรณรงค์กวาดล้างทุกๆ ปีอย่างไร
เจาะลึก

- a. อายุเด็กที่ควรได้รับ)15 ปี เด็กไทย 5 ปี(
- b. เคยได้รับแล้วต้องไปอีกหรือไม่
- c. เปิดให้หยอด 2 ครั้ง ไปแค่ครั้งเดียวได้ไหม เพราะอะไร

27. อธิบายว่าจริงๆ คืออะไร keyword อายุ < 15 ปีทุกคน หยอด 2 ครั้ง 2 เดือน ทุกๆปี

- a. หากจะทำให้เข้าใจมากขึ้น ควรจะต้องทำความเข้าใจด้วยวิธีไหน แม้จะเข้าใจและพาลูกมาหยอดวัคซีน
- b. ควรจะจัดบริการหยอดวัคซีนช่วงรณรงค์อย่างไร ที่ไหน จึงจะพาลูกไปได้โดยสะดวก

ความเข้าใจต่อเอกสารการเกิด

28. เอกสาร ทร .1/1 คืออะไร

- a. เข้าใจถูกต้องไหม
- b. เข้าใจผิดว่าอะไร

29. สูติบัตร คืออะไร

- a. เข้าใจถูกต้องไหม
- b. เข้าใจผิดว่าอะไร
- c. ทร.1/1 ต่างกับสูติบัตรไหม ต่างกันอย่างไร

30. ทำอย่างไรจึงจะให้ความสำคัญของเอกสารทั้งสองมากยิ่งขึ้น

31. หากต้องไปขอสูติบัตรเองที่สำนักงานเขตจะไปไหม

- a. เพราะอะไรจึงไป
- b. เพราะอะไรจึงไม่ไป
- c. อะไรคืออุปสรรคที่สำคัญ

การส่งลูกกลับบ้านเกิด-มาเมืองไทย

32. ทำไมในขวบปีแรกจึงไม่ส่งลูกกลับบ้านแต่เลี้ยงที่นี่

33. ทำไมพอลูกย่างเข้า 2 ขวบ จึงนิยมส่งลูกกลับบ้าน

- a. วิธีการส่งลูกกลับบ้านเป็นอย่างไร
 - i. ทารก < 6 เดือน
 - ii 1-2 ขวบ
 - iii เด็กโต รู้เรื่องแล้ว
- b. ค่าใช้จ่ายในการส่งเป็นอย่างไร

34. อะไรเป็นเงื่อนไข/ เหตุผลที่ให้ลูกอยู่ที่ไทย หรือเดินทางกลับบ้าน
35. ลูกที่อยู่พม่า ในวัยไหน/อายุประมาณเท่าไร ที่นิยมเดินทางมาเมืองไทย
 - a. เพราะอะไร
36. มีความแตกต่างกันไหม ระหว่างการให้ลูกอยู่ที่บ้านเกิด กับการมาเมืองไทย
 - a. แตกต่างอย่างไร

ชุดเสริม: แนวคำถามผู้ชายต่างด้าวที่แต่งงานแล้ว

1. ทำไมจึงอยากมีลูกในประเทศไทย
 - a. การมาอยู่ที่เมืองไทย ส่งผลต่อความต้องการมีลูกมากขึ้นไหม เพราะอะไร
 - b. สามี ภรรยา ใครตัดสินใจมีลูก หรือร่วมกัน เพราะอะไร
2. การคุมกำเนิด สามี หรือ ภรรยา ใครเป็นคนคุม เพราะอะไร
 - a. ทำไมจึงให้ผู้หญิงคุมกำเนิด
 - b. ผู้ชายที่นี้คุมกำเนิดกันไหม ด้วยวิธีอะไรบ้าง
3. ผู้หญิงที่ใช้ยาคุมมักจะอ้วนขึ้น ผู้ชายคิดอย่างไร
 - a. มีการขอให้ผู้หญิงกินยา หดยาหรือไม่
4. ใครมีแฟนฉีดยาคุมบ้าง การฉีดยาคุมมีผลข้างเคียงที่ไม่ดีอย่างไร
 - a. ส่วนมากมักมีเลือดออกกระปริดกระปรอด ผู้ชายคิดอย่างไรในเรื่องนี้
 - b. แล้วแก้ไขกันอย่างไร
5. ผู้ชายจะมีส่วนร่วมในการคุมกำเนิดอย่างไร
 - a. ทำไมผู้ชายจึงไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิด
 - b. หากผู้หญิงลืมกินยา 2 วัน ก็คุมไม่ได้ผล ต้องรอให้เมนส์มาแล้วถึงกินแผงใหม่ ในกรณีนี้ผู้ชายต้องทำอย่างไร
 - c. วิธีคุมแบบหลังข้างนอก ทำกันไหม คิดว่าคุมกำเนิดได้จริงไหม เพราะอะไร
 - d. วิธีที่นับวันปลอดภัย ทำอย่างไร คิดว่าคุมได้ดีไหม เพราะอะไร
6. ทำไมผู้ชายจึงไม่สนใจทำหมันชาย
 - a. เพราะอะไร
 - b. รู้ไหมว่าต้องไปทำที่ไหน
 - c. ที่เมืองไทยทำฟรี สนใจจะทำไหม

7. เมื่อเมียท้อง โดยทั่วไปผู้ชายมีบทบาทอย่างไรบ้าง
 - a. ช่วงที่เมียท้อง และการไปฝากท้อง
 - b. ช่วงเมียคลอดลูก
 - c. การดูแลเมื่อลูกยังเล็กๆ
8. ผู้ชายควรเรียนรู้เรื่องการดูแลลูกด้วยหรือไม่
 - a. ทำไมผู้ชายจึงควรรู้เรื่องการดูแลลูก
 - b. ทำไมไม่ต้องรู้ก็ได้
9. ผู้ชายมีบทบาทอย่างไรในเรื่องวัคซีนของลูก
 - a. รู้จักสมุดบันทึกสุขภาพเด็กไหม
 - b. ดูวันนัดหมายอย่างไร
 - c. หากเมียพาไปรับวัคซีนไม่ได้ ผู้ชายพาลูกไปได้ไหม ได้/ไม่ได้เพราะอะไร
10. เวลาลูกป่วย เช่น ท้องร่วง ตัวร้อน เป็นหวัด ผู้ชายมีบทบาทอย่างไรบ้าง
 - a. ดูแลลูกท้องร่วงอย่างไร
 - b. ดูแลลูกตัวร้อนอย่างไร
 - c. เมื่อไรควรพาไปหาหมอ
11. การดูแลลูกในด้านไหนบ้างที่ผู้ชายยังทำได้ไม่ดีและต้องปรับปรุง
 - a. เพราะอะไรจึงคิดเช่นนั้น
12. การตัดสินใจส่งลูกกลับบ้านที่พม่า เป็นการตัดสินใจของใครบ้าง เพราะอะไร
 - a. ทำไมจึงส่งลูกกลับบ้าน
 - b. ทำไมจึงไม่ส่งลูกกลับบ้าน
 - c. วิธีการส่งลูกกลับบ้านทำอย่างไร

เอกสารแนบที่ 4

ผลการจัดเวทีนำเสนอผลการศึกษา

แผนการประชุมเพื่อนำเสนอผลการดำเนินงาน

การคาดประมาณประชากรและการประเมินอนามัยแม่และเด็กของประชากรต่างด้าว

ในกรุงเทพมหานคร

วันที่ 26 กันยายน 2555 ณ โรงแรมเดอะสุโกศล (สยามซิตี้)

จัดโดย Health Counterpart Consulting และ องค์การแพธ (PATH)

ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล,

ภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร

สนับสนุนโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) กระทรวงสาธารณสุข

หลักการและเหตุผล

องค์การแพธ (PATH) และ Health Counterpart Consulting ได้ดำเนินงานในโครงการ Size Estimation and Assessment of the Vaccination Status of Migrant Children and Utilization of ANC Services by Migrant Women in Bangkok Metropolitan Administration มาตั้งแต่ช่วง ตุลาคม 2554 – สิงหาคม 2555 ร่วมกับ สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร รวมทั้งได้รับการสนับสนุนข้อมูลสำมะโนประชากรและแผนที่กำหนดเขตการทำสำมะโนประชากรจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยมีสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เป็นผู้สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานดังกล่าว

เป้าหมายหลักของโครงการฯ เพื่อศึกษาการคาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าว และการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับด้านอนามัยแม่และเด็ก การรับวัคซีนของเด็กต่างด้าว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร

ซึ่งขณะนี้การดำเนินงานต่างๆ ตามที่โครงการฯ วางไว้นั้นเสร็จเรียบร้อยแล้ว ปรากฏข้อค้นพบต่างๆ ที่ควรแก่การนำเสนอผลการดำเนินงาน ต่อหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้ดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผลด้านต่างๆ ที่เกี่ยวกับประชากรข้ามชาติในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อนำเสนอผลการศึกษาคาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าวในพื้นที่กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อนำเสนอผลการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งเรื่องวัคซีนของเด็กต่างด้าว
3. เพื่อนำเสนอบทเรียนการสำรวจสำมะโนประชากรต่างด้าวภาคสนาม

ผู้เข้าร่วม (ประมาณ 80-100 คน)

1. หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง

- สาธารณสุขแห่งอาเซียน
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สภาพัฒน์/สศช.)
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.)
- สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน
- สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
- สำนักบริหารการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข (สปรส.)
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (สนย.)
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
- ศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (NAMC)
- คณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนัก 9 สุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- โรงพยาบาล ทั้ง 8 แห่งที่รับทำประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวในกรุงเทพฯ ทั้งที่อยู่ในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลเอกชน ได้แก่ รพ.กลาง, รพ.ตากสิน, รพ.นพรัตน์ราชธานี, รพ.เลิศสิน, รพ.ราชวิถี, รพ.วชิรพยาบาล, รพ.เจริญกรุงประชารักษ์ และ รพ.บางประกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล

2. หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร

- สำนักอนามัย
- สำนักการแพทย์

3. สถาบันการศึกษา

- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- ภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร
- สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4. หน่วยงานพัฒนาเอกชนที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร

- มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอส (FAR)
- มูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท (มยช.)
- องค์การแพธ (PATH)

5. หน่วยงานพัฒนาเอกชนต่างๆ ที่ทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ

- สมาชิกรื้อข่าย Migrant Working Group

6. หน่วยงานระหว่างประเทศ

- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
- องค์การอนามัยโลก (WHO)
- องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM)
- สำนักงานความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศ (TICA)

7. สื่อมวลชนด้านแรงงานข้ามชาติ

8. ผู้ทรงคุณวุฒิที่ทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ

- สุรพงษ์ กองจันทึก คณะอนุกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านชนชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่น สภานายความ
- สุณี ไชยรส คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ ได้หาหรือข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในด้านต่างๆ ต่อไปนี้

- วิธีการคาดประมาณจำนวนประชากรต่างด้าวในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร
- ผลการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งเรื่องวัคซีนของเด็กต่างด้าวในกรุงเทพมหานคร
- บทเรียนของการสำรวจสำมะโนประชากรต่างด้าวภาคสนามในเขตกรุงเทพมหานคร

วันดำเนินงาน 26 กันยายน 2555

สถานที่ โรงแรมเดอะสุโกศล (สยามซิตี้) พญาไท กรุงเทพมหานคร

กำหนดการเวทีนำเสนอผลงานวิจัย
การคาดประมาณประชากรและการประเมินอนามัยแม่และเด็กของประชากรข้ามชาติ
ในกรุงเทพมหานคร
วันที่ 26 กันยายน 2555 ณ ห้องประชุมกมลทิพย์ โรงแรมเดอะสุโกศล

08.30 – 09.00 น.	ลงทะเบียนผู้เข้าร่วม
09.00 – 09.15 น.	กล่าวรายงานวัตถุประสงค์ของการประชุม โดย ภาวนา เหวียนระวี
09.15 – 09.30 น.	กล่าวต้อนรับและเปิดการประชุม โดย นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
09.30 – 11.30 น.	นำเสนอผลการศึกษา ดำเนินรายการโดย รองศาสตราจารย์ ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล “บทเรียนของการสำรวจสำมะโนประชากรข้ามชาติภาคสนาม” โดย อาจารย์ศศิธร ศิลปัฐยา และ อาจารย์นัฐวุฒิ สิงห์กุล “การคาดประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร” โดย นายแพทย์วิวัฒน์ พิรพัฒน์โกสิน วิพากษ์นำ โดย ดร.วาสนา อิมเอม กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ(UNFPA) นำเสนอผลการศึกษา (ต่อ) “การศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็ก และวัคซีนของเด็กข้ามชาติ” โดย ทศนัย ชันตยาภรณ์ วิพากษ์นำ โดย อารีย์ ม่วงสุขเจริญ องค์การอนามัยโลก (WHO)
11.30 – 12.10 น.	อภิปรายและข้อเสนอแนะในภาพรวม
12.10 – 12.30 น.	กล่าวสรุปและปิดการประชุม โดย นายแพทย์พงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข
12.30 น.	ร่วมรับประทานอาหารกลางวัน
หมายเหตุ	1. อาหารว่าง บริการในห้องประชุม 2. กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

สรุปความคิดเห็นและ ข้อเสนอแนะต่อเวทีนำเสนอผลการศึกษาวิจัย
การคาดประมาณประชากรและการประเมินอนามัยแม่และเด็กของประชากรข้ามชาติ
ในกรุงเทพมหานคร

วันที่ 26 กันยายน 2555 9.30-12.30 น. ณ ห้องประชุมกมลทิพย์ โรงแรมเดอะสุโกศล

ด้านการคาดประมาณประชากร

- การศึกษาวิจัยนี้นับเป็นการเริ่มต้นที่ดี และเป็นตัวอย่างที่ดีในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ ในการใช้ข้อมูลและการทำงานร่วมกัน
- การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิธีการคาดประมาณ โดยเป็นความพยายามที่จะใช้วิธีการนี้ไปประยุกต์ใช้กับจังหวัดอื่นๆ โดยให้รายละเอียดในด้านกระบวนการคาดประมาณ
- ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป คนเกิดน้อยแต่ความต้องการแรงงานกลับมีมาก ประเทศไทยควรมีภาพอนาคตในภาพรวมของประชากรกลุ่มต่างๆ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย
- ข้อมูลที่ใช้ในการคาดประมาณจากการเก็บข้อมูลใน EA ควรพิจารณาเรื่องอัตราการปฏิเสธการให้ข้อมูล (refusal rate variation) ด้วยเหตุผลเพื่อที่จะได้เห็นค่าคลาดเคลื่อนในการคาดประมาณในการเอาตัวเลขผู้มีบัตรไปเทียบสัดส่วนกับจำนวนแรงงานจดทะเบียน
- การที่แรงงานข้ามชาติไม่อยู่ให้เก็บข้อมูล หรือคนในพื้นที่ทำงานที่อื่น แนวทางการเก็บข้อมูลของการศึกษานี้เป็นดังนี้คือ
- ใช้ความพยายาม 3 ครั้งในการสัมภาษณ์
 - บางพื้นที่ไม่กล้าให้ข้อมูล เพราะมีตำรวจลงพื้นที่ก่อนหน้านี้ หรือยุ่งอยู่กับการทำงาน เช่น พื้นที่ตลาด
 - ลักษณะบ้านที่มองไม่เห็น เช่น เพิง ไม่มีบ้านเลขที่ จะมีการเก็บข้อมูลบ้านเพิ่ม เพิ่มเติมบ้านที่ไม่มีเลขที่บ้าน และปรับแผนที่เดินดินให้เป็นปัจจุบัน
- การเก็บข้อมูลภาคสนามและความยากในการเข้าถึงข้อมูลการมีบัตร
 - กรณีแรงงานมีบัตร แต่ไม่ได้เอาบัตรมาให้ดู เพราะนายจ้างเก็บบัตรไป
 - บัตรแรงงานของรอบจดทะเบียนแรงงานในปี 2554 กระทรวงแรงงานยังไม่ได้ออกบัตรให้
 - คำถามเรื่องบัตรมีความละเอียดอ่อน การสัมภาษณ์ในอนาคต ควรใส่ข้อคำถามนี้ไว้ในตอนท้ายของแบบสอบถาม เมื่อผู้ให้สัมภาษณ์เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจผู้สัมภาษณ์แล้ว

- วิธีการ Triangulation คือการคาดประมาณจากสิ่งที่มีอยู่ด้วยวิธีการอย่างน้อย 3 วิธีแล้วเปรียบเทียบกับ เสนอว่าแต่ควรจะมีเรื่อง trend เข้ามาร่วมด้วย เช่น ตัวเลขความต้องการแรงงาน และนโยบายเรื่องแรงงานข้ามชาติที่เปลี่ยนแปลง เช่น การผ่อนผัน การจดทะเบียน กับตัวเลขประชากรข้ามชาติ ที่ทำให้จำนวนแรงงานข้ามชาติขึ้นๆลงๆ ซึ่งจากข้อมูลที่มีอยู่จะให้เห็นแนวโน้ม
- การมีแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในไทยจำนวนมาก สิ่งที่ต้องพิจารณาประกอบกันคือการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงาน และแนวทางการดูแลเด็กที่เกิดมาในประเทศไทย เพื่อให้เป็นกำลังแรงงานในประเทศไทย
- โดยทั่วไปการย้ายถิ่นเข้ามาใน กรุงเทพมหานคร มักเป็นการย้ายต่อเนื่องอย่างเป็น stepping stone จากแถบชายแดนเข้ามาในเขตเมืองชั้นใน
- ควรวิเคราะห์ข้อมูลให้มีความละเอียดมากขึ้นในด้าน เพศ อายุ การกระจายตัว เพื่อที่จะทำให้เห็นภาพโครงสร้างทางอายุ เห็น proposition ของการทำสำมะโน จะทำให้การคาดประมาณประชากรข้ามชาติทั้งหมดในกรุงเทพมหานครเป็นไปได้ดียิ่งขึ้น
- การศึกษาควรมีข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อดูการอพยพแรงงาน เช่น วันและปีแรกที่เข้ามาประเทศไทย มาจากเมืองใดของประเทศต้นทาง และอาศัยอยู่ที่ไหนมาบ้างก่อนเข้ามาถึงกรุงเทพมหานคร
- การได้ข้อมูลประเทศต้นทางและเมืองที่แรงงานข้ามชาติอพยพมา สามารถเพิ่มเติมการศึกษาในด้านต่างๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพของเมืองต้นทาง เพื่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือในอนาคตได้

ด้านอนามัยแม่และเด็ก และวัคซีนของเด็กข้ามชาติ

- จำนวนที่มีคู่ 478 คนของผู้ให้ข้อมูล เมื่อนับจากจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมดที่เก็บข้อมูล ทำให้มีความครอบคลุมมากกว่า 60%
- ในด้านอนามัยแม่และเด็ก ยังขาดการวิเคราะห์เรื่องการขาดสารอาหารในเด็กต่างด้าว
- การศึกษานี้เน้นเมืองชั้นในของประเทศไทย ซึ่งอาจมีความต่างจากพื้นที่อื่น หลายสิ่งเป็นเรื่องที่มายืนยันข้อมูลเดิม แต่มีบางส่วนที่หักล้าง เช่น เรื่องห้ามการกินมากในขณะที่ตั้งครรภ์ การถือครองสมุดสีชมพูที่แม่ต่างด้าวกลัวทางฝั่งพม่ารีดไถหากรู้ว่ามาทำงานในไทย เป็นต้น
- ขณะนี้สมุดสีชมพูเฉพาะภาษาพม่า ในอนาคตน่าจะมีภาษาลาว เขมร และกระทรวงสาธารณสุขควรจะเป็นผู้สนับสนุนการจัดพิมพ์และกระจายให้ใช้ให้กว้างขวางกว่านี้
- จากการที่มีการฝากท้องในเปอร์เซ็นต์ที่สูงมาก ถ้าลงลึกไปได้ ควรวิเคราะห์ว่าได้ไปใช้บริการฝากท้องกี่ครั้ง ซึ่งควรจะเป็นให้ได้สองครั้งเป็นอย่างน้อย

- การทำประกันสุขภาพแก่เด็ก ซึ่งมีข่าวออกมาว่ารัฐบาลจะมีนโยบายทำให้แก่เด็กทุกคนอย่างไร เป็นเรื่องที่เราต้องติดตามความชัดเจนเรื่องนี้ต่อไป
- การศึกษาเรื่องใบรับรองการเกิดและสูติบัตร เป็นเรื่องสำคัญ ทำให้ทราบว่ามีการเกิดในประเทศไทยเท่าไรได้จริงๆ
- ก่อนที่จะข้ามพรมแดน มาจากจังหวัดอื่นก่อนหรือไม่ เพื่อนำไปสู่การออกแบบ จากรูปแบบของการเคลื่อนย้าย ซึ่งภาครัฐมักบอกว่าหาตัวยากมาก
- แม้ว่า Sample size จะน้อย แต่ข้อมูลที่วิเคราะห์ก็สามารถนำไปทำอะไรต่อได้ เช่นเรื่อง ความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค
- สูติบัตร เป็นเอกสารสำคัญที่จะรับรองสถานะของบุคคลมิให้กลายเป็นคนไร้รัฐ หากมีงานลักษณะเดียวกันนี้ในอนาคต จะต้องมีการปรับแบบสอบถามเพิ่ม
- ข้อมูลการมีสมุดสีชมพู แต่ไม่ค่อยมีสูติบัตร มีข้อมูลเชิงปริมาณในแบบสอบถามหรือไม่
- การนับว่าได้วัคซีนครบหรือไม่ครบ เป็นเพียงการบอกเล่าของแม่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้ (ข้อมูลได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์สมุดสีชมพู ทำให้ sample size น้อยมาก)
- BCG ทำไมจึงได้แค่ 80% ขณะที่คลอดที่ รพ.ในเปอร์เซ็นต์ที่สูง (เพราะ BCG เป็นวัคซีนที่ได้รับตั้งแต่คลอดลูกจากโรงพยาบาลเลย ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่าการฝากท้องที่ไทยแต่คลอดลูกที่พม่า)
 - ควรมีภาพเปรียบเทียบการคุมกำเนิดทั้งในพม่า และไทย
- ข้อมูลมีความตรงกันกับงานของ อ.อภิชาติ ในโครงการฟามีตร ว่ามีอัตราการคุมกำเนิดสูง แสดงให้เห็นปัญหาการเข้าถึงบริการมีน้อยลง แต่กลายเป็นเรื่องคุณภาพของการให้บริการมากกว่าการเข้าไม่ถึงบริการ ซึ่งไม่ต่างจากคนไทยมากนัก ไม่ใช่แค่เรื่องการคุมกำเนิด แต่เป็นเรื่องวัคซีนด้วย
- เป็นไปได้ไหมหากการหาความครอบคลุมของวัคซีน BCG ควรให้มีการเช็ครอยแผลการให้วัคซีนด้วย
- ตารางที่ 7 หน้า 21 ปัจจุบันการให้วัคซีน DTP – HB เป็นวัคซีนรวม เหมือนกันทั้งประเทศไม่ใช่เฉพาะแต่กรุงเทพมหานคร
 - หน้าที่ 23 ย่อหน้าที่ 2 JE 2 และ 4 น่าจะพิมพ์ผิด แก้เป็น JE ครั้งที่ 2 และ 3
 - กราฟแผนภาพที่ 8 ส่วนของ JE2 และ JE3 เหมือนจำนวนที่ได้รับ JE 3 มากกว่ากราฟกระดูกสัน ซึ่งจริงๆแล้วเกิดมาจากคนละฐานกลุ่มช่วงอายุที่แตกต่างกัน

- หน้า 24 แผนภาพที่ 9 สาเหตุของการพลาคนั้ได้รับวัคซีน ป่วยก่อนหรือหลังได้รับวัคซีน ต้องแยกออก เพราะส่วนใหญ่มีปัญหาการป่วยหลังรับวัคซีน จึงไม่อยากพามา
- รูปแบบการย้ายถิ่นเหมือนกับคนไทยจากถิ่นอื่นในอดีต การได้มาของความรู้ของตัวแรงงานได้รับมาจากที่ไหนในฝั่งประเทศต้นทาง
- ข้อมูลชี้ชัดหรือไม่ว่า การประกันสุขภาพของแรงงานเป็นแบบไหน และมีประกันสังคมมากหรือน้อย (ตอบ - ขณะที่เก็บข้อมูลประกันสังคมยังไม่ปรากฏมาก และเป็นเรื่องที่ขึ้นกับนายจ้างมากกว่าฝ่ายลูกจ้าง โดยเฉพาะช่วงนี้เป็นช่วงเปลี่ยนผ่านของระบบการประกันสุขภาพต่างด้าวจากเดิมไปเป็นประกันสังคม)
- สัดส่วนการมีบัตร บัตรเด็กถูกนับซ้ำหรือไม่ (ตอบ การวิเคราะห์ได้ตัดเด็ก 0-15 ปีออกไปแล้ว)
- ควรวิเคราะห์ข้อมูล Low Birth weight กับกลุ่มอายุ เพื่อดูว่ามาจากกลุ่มอายุไหน
- โรงพยาบาลบางปะกอก 9 แรงงานต่างด้าวมีการฝากท้องทั้งร้อยเปอร์เซ็นต์ แต่คลอดลูกไม่แข็งแรงจำนวนมาก สอดคล้องกับข้อค้นพบ รวมทั้งมีเด็กที่ต้องดูแลในตู้อบจำนวนมาก ทางโรงพยาบาลแจ้งเกิดให้ทุกราย และอยากใช้สมุดสีชมพู
- ในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ที่มีสมุดสีชมพู มี 50 คน แต่จำนวนความครอบคลุมกลับมีน้อยกว่า จำนวนไม่สอดคล้องกัน (ตอบ การดูความครอบคลุมของวัคซีนในช่วงอายุ 0-1 ปี ให้ดูที่สมุดสีชมพูของเด็กอายุ 1-2 ปี และเด็กอายุ 1-2 ปี ที่มีสมุดสีชมพู มีจำนวนน้อยมาก)

ในภาพรวม

- นายนิดีที่มีผู้ให้ความสนใจเรื่องนี้มาก สิ่งที่สำคัญคือการไม่มองเขาอย่างที่เป็นอื่น
- การศึกษาอาจรวมถึงพลวัตของการเคลื่อนย้ายในแง่มุมต่างๆ เช่น แบบแผนของการเคลื่อนย้าย ความถี่ของการเคลื่อนย้าย เพื่อสร้างข้อเสนอแนะว่า การสำรวจในลักษณะนี้ จะต้องสำรวจทุกๆ กี่ปี เพื่อเป็นแนวทางในการนำการสำรวจลักษณะนี้เข้าไปในระบบการเก็บข้อมูลปกติ เช่น การแจ้งระบบทะเบียนราษฎร ในเชิงของการออกแบบระบบ และในจังหวัดอื่น พื้นที่อื่นสามารถใช้วิธีการนี้ได้จริงหรือไม่
- ในอนาคตอาจต้องศึกษาประชากรชายขอบ หรือกลุ่มย่อยอื่นๆ ด้วยเช่นกัน ประชากรกลุ่มอื่นๆ นั้นมีสถานะสุขภาพเป็นอย่างไรเพื่อดูในเรื่องบริการสุขภาพ และพิจารณาว่ากลุ่มใดที่ระบบสุขภาพต้องให้ความสนใจ
- การที่ข้อมูลในเรื่องประชากรกลุ่มนี้มีความไม่ชัดเจน ทำให้ผู้รักษากฎหมายสามารถหาผลประโยชน์จากกลุ่มนี้ได้
- การศึกษาครั้งนี้จะไม่ใช่วิธีการที่ผลการศึกษาเท่านั้น แต่จะเป็นจุดเริ่มต้นเป็นตัว Kick off ที่สำคัญของการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชากรกลุ่มนี้
