



การคาดประมาณประชากรข้ามชาติ

เพื่อพัฒนาระบบบริการอนามัย
แม่และเด็กใน กทม.



การคาดประมาณประชากรข้ามชาติ เพื่อพัฒนาบริการอนามัยแม่และเด็กใน กทม.

เลขมาตรฐานสากล

978-974-299-214-9

พิมพ์ครั้งที่ 1

พฤศจิกายน 2556

จำนวนพิมพ์

1,000 เล่ม

ที่ปรึกษา

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล
ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒน์โกสิน
พญ.วัชรารัฐ ธีรไพฑูริย์

บรรณาธิการ

ภก.สรชัย จำเนียรดำรงการ

ผู้เขียน

ทัศนัย ชันตยาภรณ์ พสุภา ชินวรโสภาค
นัฐภูมิ สิงห์กุล ศศิธร ศิลปวัฒนา
นงลักษณ์ ดิษฐวงษ์ กฤติกา พนาธนสาร

ดำเนินงานวิจัย

Health Counterparts Consulting (HCC)
องค์การแพธ (PATH)
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร
พัชรภรณ์ พัฒนภูติวงศ์
บริษัท พิมพ์ดีการพิมพ์ จำกัด

ประสานงานวิชาการ

ศิลปกรรมและพิมพ์ที่

จัดพิมพ์และสนับสนุนทุนวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
ชั้น 4 อาคารสุขภาพแห่งชาติ ซ.สาธารณสุข 6
ถ.ติวานนท์ 14 อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2832 9200 โทรสาร 0 2832 9201
www.hsri.or.th, www.facebook.com/hsrithailand



สารบัญ

	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	6
กิตติกรรมประกาศ	13
บทที่ 1 ความเป็นมา เป้าหมายและวัตถุประสงค์	15
บทที่ 2 ทบทวนการจัดระบบแรงงานข้ามชาติและบริการสุขภาพ ในประเทศไทย	23
2.1 พัฒนาการของการจัดระบบแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา	27
2.2 ระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในประเทศไทย	31
2.3 การพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้การจัดระบบแรงงานข้ามชาติ	32
2.4 อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพ	41
2.5 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ	45



	หน้า
บทที่ 3 การทำสำมะโนประชากรข้ามชาติภาคสนาม	51
3.1 พื้นที่เป้าหมาย	52
3.2 เครื่องมือและแนวทางในการศึกษาภาคสนาม	59
3.3 ข้อมูลทั่วไปของประชากรข้ามชาติที่ศึกษา	62
บทที่ 4 บทเรียนการเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรข้ามชาติ ในกรุงเทพมหานคร	77
4.1 จุดเริ่มต้น : ระดมสมอง ทดลองพื้นที่	80
4.2 พื้นที่ : ผู้คน : ความหลากหลาย	83
4.3 สัมภาษณ์พื้นที่ : เข้าใจพื้นที่ เข้าใจคน	91
4.4 การลงพื้นที่ : หลากวิธีในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล	92
4.5 ปัญหาและข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล	94
บทที่ 5 ฐานข้อมูลประชากรข้ามชาติและการคาดประมาณ	97
5.1 ฐานข้อมูลประชากรข้ามชาติในประเทศไทย	101
5.2 วิธีการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ	110
5.3 ข้อจำกัดและข้อสังเกต	114
5.4 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ	116
บทที่ 6 ข้อค้นพบและบทวิเคราะห์ด้านอนามัยแม่และเด็ก	119
6.1 การคุมกำเนิดและการตัดสินใจมีบุตร	122
6.2 การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร	126
6.3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	132
6.4 การได้ไปรับรองการเกิดและสูติบัตร	136
6.5 การเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศของเด็กข้ามชาติ	139
6.6 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค	144



	หน้า
6.7 การดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย	163
6.8 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ	167
บทที่ 7 ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคต	173
7.1 ด้านการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ	175
7.2 ด้านการบริการสุขภาพประชากรข้ามชาติ	176
เอกสารอ้างอิง	179



บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การขาดแคลนแรงงานในระดับล่างของประเทศไทยเป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญในการอพยพแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีปัญหาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจ และการเมือง เช่น พม่า ลาว และกัมพูชา เข้ามาทำงานเพื่อรองรับความต้องการแรงงานระดับล่างในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศไทย ปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลประชากรกลุ่มนี้ในระบบที่ระบุจำนวนแรงงานข้ามชาติที่แท้จริงในประเทศได้ เนื่องจากการจดทะเบียนและต่ออายุแรงงานที่มีลักษณะปีต่อปี โดยอาศัยมติคณะรัฐมนตรีในการกำหนดแนวปฏิบัติ อีกทั้งการพิสูจน์สัญชาติและการนำเข้าแรงงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายยังอยู่ในระหว่างการพัฒนา ในขณะที่การอพยพแรงงานข้ามพรมแดนโดยไม่มีเอกสารก็มีอยู่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังพบว่า ฐานข้อมูลที่มีอยู่ไม่ปรากฏข้อมูลที่อ้างอิงได้ และเป็นปัจจุบันในส่วนของผู้ติดตาม เช่น ภรรยาและบุตร ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วยการขาดข้อมูลที่แท้จริงนี้ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการวางแผนพัฒนางานสาธารณสุขทั้งในด้านการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ เช่น โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่มีความครอบคลุมในกลุ่มเด็กไทยค่อนข้างสูงเมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคนี้ แต่กลับพบปัญหาการเข้าถึงบริการของเด็กข้ามชาติ นอกจากนี้ ความไม่แน่นอนของนโยบายในการอนุญาตให้ผู้ติดตามแรงงานอาศัยอยู่ในประเทศไทยได้ตามกฎหมาย ทำให้กลุ่มผู้หญิงและเด็กข้ามชาติไม่สามารถมีประกันสุขภาพได้ ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพพื้นฐาน โดยเฉพาะบริการด้านอนามัยแม่และเด็ก



การวิจัยเพื่อการคาดประมาณประชากร มีเป้าหมายในการศึกษาหาวิธีการคาดประมาณประชากรข้ามชาติที่อพยพมาจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เพื่อพัฒนาการจัดบริการอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงการเสริมสร้างความครอบคลุมของวัคซีนเด็ก โดยศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนประชากรข้ามชาติจากฐานข้อมูลที่มีอยู่กับการศึกษาภาคสนาม ฐานข้อมูลคือ 1) สำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน 2) สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากร พ.ศ. 2553 เป็นแนวทางในการกำหนดพื้นที่สำรวจ ใช้พื้นที่การศึกษาที่สอดคล้องกับขอบพื้นที่ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือ Census Block ซึ่งเป็นอาณาเขตแ่งนับ (Enumeration Area: EA) เพื่อศึกษาหาแนวทางในการคาดประมาณประชากร ร่วมกับฐานข้อมูลต่างๆ

การสำรวจสำมะโนประชากรข้ามชาติในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร เป็นรูปแบบการเก็บข้อมูลที่มีความละเอียดอ่อน โดยบูรณาการวิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณ และคุณภาพเพื่อการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ใช้ทีมคนไทยทำงานภาคสนามร่วมกับทีมอาสาสมัครข้ามชาติที่สื่อสารภาษาเดียวกับกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาด้วยแบบสอบถามสองภาษา (ไทย-พม่า) และมีการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่ผู้ปฏิบัติงานภาคสนาม การลงภาคสนามจริงนั้นมีการสำรวจนำร่องก่อนโดยทีมพื้นราบเพื่อดูภาพรวมของพื้นที่ ความเป็นอยู่และช่วงเวลาที่เหมาะสม ก่อนวางแผนลงเก็บข้อมูลจริง โดยทีมภาคสนาม โดยแต่ละ EA ใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 2 วัน ใช้ทีมภาคสนามประมาณ 10-15 คน

แนวทางการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ ใช้รายละเอียดของสัดส่วนผู้มีและไม่มีบัตรประจำตัวแรงงานและสัดส่วนประชากรในช่วงอายุต่างๆ มาคาดประมาณร่วมกับข้อมูลการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ นำข้อมูลจากการคาดประมาณได้มาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติของหน่วยงานอื่นๆ เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เรียกว่า Triangulation ในรูปแบบของการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) และวิธีการเก็บข้อมูล



(Method Triangulation) การศึกษาครั้งนี้ เลือกใช้จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ สำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ ณ เดือนเมษายน 2555 จำนวน 414,797 คน เป็นค่าน้อยที่สุดของการคาดประมาณ

ผลการคาดประมาณประชากรข้ามชาติสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาในกรุงเทพมหานครเป็นดังนี้

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

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

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

ผลการศึกษาครั้งนี้ ถือเป็นการคาดประมาณประชากรข้ามชาติอย่างเป็นระบบครั้งแรกในประเทศไทย ที่ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลอย่างละเอียด และข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือมาคาดประมาณ อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดของศึกษาคือ จำนวน EA ที่สุ่มสำรวจค่อนข้างน้อย เนื่องจากการศึกษานำร่องที่มีกรอบระยะเวลาและงบประมาณที่จำกัด อีกทั้งคำถามเรื่องการมีเอกสารประจำตัวเป็นคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหว ซึ่งผู้ตอบอาจไม่ตอบตามความเป็นจริงเนื่องจากยังไม่ไว้วางใจ มีข้อสังเกตว่าการศึกษาในกรุงเทพมหานครนี้ พบแรงงานข้ามชาติที่มีสัดส่วนการมีบัตรอนุญาตทำงานค่อนข้างสูง เนื่องจากแรงงานที่มาทำงานที่นี่มีประสบการณ์มาจากจังหวัดอื่นและมีเครือข่ายความช่วยเหลือเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้ดีกว่าจังหวัดอื่นๆ ดังนั้น วิธีการและแนวทางการคาดประมาณประชากรข้ามชาติในการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ แต่ต้องศึกษาเพื่อหาสัดส่วนผู้มีบัตรและไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน และสัดส่วนประชากรข้ามชาติที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีของจังหวัดนั้นๆ ประกอบการคาดประมาณ โดยเสนอแนะให้นำแนวทางนี้ไปดำเนินงานในจังหวัดที่มีการใช้ประชากรข้ามชาติเข้มข้นติด 10 อันดับแรกของประเทศ



สำหรับการศึกษานามัยแม่และเด็กในประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร

พบว่า เป้าหมายของการอพยพแรงงานมายังประเทศไทย คือการทำงานเพื่อหาเงิน แต่ด้วยช่วงอายุที่กำลังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีการคุมกำเนิดผิดพลาดสูงทำให้มีลูกในประเทศไทย แม้ว่าอัตราการฝากท้องที่สถานพยาบาลค่อนข้างสูง เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องการมีสถานที่คลอดลูกที่แน่นอน แต่น้ำหนักแรกคลอดของเด็กที่เกิดมาส่วนใหญ่กลับต่ำกว่ามาตรฐานมาก เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ต้องทำงานหนักตลอดการตั้งครรภ์เพราะการอาศัยอยู่ในประเทศไทยนั้นเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ไม่มีพ่อแม่ญาติพี่น้องดูแลดังเช่นที่ประเทศต้นทาง

การอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทย ทำให้ผู้ชายข้ามชาติมีบทบาทในการดูแลผู้หญิงระหว่างและหลังการตั้งครรภ์ค่อนข้างมาก แต่ก็ยังขาดความรู้ในด้านสุขภาพเพื่อการดูแลของตนเองขณะตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับหญิงข้ามชาตินั้นลาคลอดไม่ได้แม้ว่าจะมีการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลต่อการคลอดและการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมา ทำให้เด็กได้รับอาหารอื่นๆ ร่วมกับนมแม่ตั้งแต่อายุยังน้อยเพื่อให้แม่สามารถทำงานได้ และการหย่านมเร็ว เพื่อเป็นการเตรียมส่งเด็กกลับประเทศต้นทางอีกด้วย นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กข้ามชาติที่เกิดในไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้น้อยมาก แม้ว่าส่วนใหญ่ต้องการทำประกันให้ลูกของตนเองโดยเฉพาะในขวบปีแรก การศึกษายังพบว่า เด็กข้ามชาติส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ไม่ได้รับสิทธิบัตรตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ. 2551

การศึกษาด้านการเคลื่อนย้ายของเด็ก ทำให้เข้าใจว่าเด็กข้ามชาติที่เกิดในไทยและประเทศต้นทางมีการเคลื่อนย้ายไปมา แต่เด็กอายุ 0-2 ปี ส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทยยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มจะเดินทางกลับประเทศต้นทางเมื่ออายุ 2-5 ปี เพื่อเตรียมเข้าโรงเรียนที่ประเทศของตน และมีการเดินทางมาประเทศไทยอีกครั้งเมื่อถึงวัยแรงงาน

การศึกษานี้ได้คาดประมาณจำนวนเด็กข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครตามกลุ่มอายุดังต่อไปนี้



เด็กกลุ่มอายุ 0-2 ปี	มีจำนวน	22,907 คน
เด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี	มีจำนวน	30,530 คน
เด็กกลุ่มอายุ 0-15 ปี	มีจำนวน	39,292 คน

การศึกษาด้านความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กข้ามชาติพบว่า น้อยกว่าภาพรวมของเด็กไทยถึงหนึ่งในสามในขวบปีแรก และน้อยกว่าเกือบครึ่งในช่วงอายุ 1-4 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า ความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันโปลิโอยังคงค่อนข้างต่ำมาก ดังนั้น หากระบบสุขภาพไทยไม่มีมาตรการใดๆ มารองรับ อาจทำให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ควบคุมได้แล้ว กลับมาระบาดซ้ำในประเทศไทยอีกได้ เพราะมากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กข้ามชาติอายุ 0-2 ปี ที่เกิดที่นี้ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย

การที่เด็กเติบโตในครอบครัวที่มีการอพยพย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้ความครอบคลุมของวัคซีนในขวบปีแรกต่ำกว่าทั้งในประเทศต้นทางและประเทศปลายทางของการอพยพแรงงาน การให้บริการวัคซีนเด็กข้ามชาติจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากมีการประสานงานกันระหว่างประเทศไทยและประเทศต้นทาง

ข้อเสนอแนะในการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กคือ มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประชากรข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ เน้นการสร้างความรู้และความตระหนักและวิธีการคุมกำเนิดโดยไม่ผิดพลาด ในด้านการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ควรสานต่อการฝากครรภ์ที่มีอัตราสูงอยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มมาตรการในการสร้างความเข้าใจต่อการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อลดอัตราการน้ำหนักรวมคลอดต่ำและได้รับวัคซีนครบถ้วน รวมถึงการได้รับวัคซีนของลูกอย่างต่อเนื่องหลังคลอด รวมทั้งพัฒนากลไกให้เด็กข้ามชาติทุกคนได้รับสูติบัตรหลังคลอดก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันสถานะไร้รัฐและทำให้เด็กข้ามชาติมีสถานะบุคคลที่จะนำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาและอื่นๆ ในอนาคต



การเพิ่มความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ควรเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครข้ามชาติ และกลุ่มต่างๆ ในชุมชนข้ามชาติ พัฒนาระบบการนัดหมายที่มีประสิทธิภาพด้วยสมุดบันทึกสุขภาพเด็กสองภาษา และการลงวันนัดหมายที่สื่อสารได้กับแม่ข้ามชาติ ทั้งนี้ควรมีการทำงานร่วมกับประเทศต้นทางของการอพยพแรงงาน เพื่อพัฒนากลไกการให้บริการวัคซีนระหว่างประเทศ

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไป มีเด็กเกิดใหม่น้อย ทำให้ประชากรวัยแรงงานมีไม่เพียงพอ แรงงานข้ามชาติจึงเข้ามาทดแทนมากขึ้น ประกอบกับภูมิภาคอาเซียนกำลังจะมีการเคลื่อนย้ายแรงงานมีฝีมืออย่างเสรีในอนาคตอันใกล้ การรองรับการเคลื่อนย้ายของคนในภูมิภาคที่สื่อสารต่างภาษา และมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันจะต้องพิจารณาการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ให้มีบริการอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และควบคุมโรคในภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคตมีดังต่อไปนี้

การศึกษาเพื่อคาดประมาณประชากร

1. ควรมีข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อศึกษาการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามชาติในมิติต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือระหว่างเมืองและระหว่างประเทศได้
2. ควรพิจารณาเรื่องอัตราการปฏิเสธการให้ข้อมูล (refusal rate) และเหตุผลของการปฏิเสธ เพื่อใช้เป็นตัวคำนวณ ค่าความคลาดเคลื่อนในการคาดประมาณ
3. การนำตัวเลขแรงงานจดทะเบียนมาเป็นฐานในการคำนวณ ควรจะต้องพิจารณาปัจจัยต่างๆ ประกอบการคิดคำนวณด้วย เช่น นโยบายการจดทะเบียน ความต้องการแรงงาน เป็นต้น
4. การศึกษาวิจัยควรรวมถึงพลวัตของการเคลื่อนย้ายในแง่มุมต่างๆ เพื่อสร้างข้อเสนอแนะว่า การสำรวจในลักษณะนี้จะต้องสำรวจทุกๆ กี่ปี และอาจนำการสำรวจลักษณะนี้เข้าไปในระบบการเก็บข้อมูลปกติในอนาคต



การศึกษาเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพประชากรข้ามชาติ

1. ควรศึกษาวิจัยเพื่อหาความชัดเจนของระบบบริการที่เหมาะสมต่อผู้ติดตามครอบครัว และลูกของประชากรข้ามชาติ ซึ่งเกิดและเติบโตในประเทศไทย
2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อสร้างข้อเสนอแนะในการดำเนินงานประกันสุขภาพในระบบรายปี และระบบประกันสังคม เพื่อสร้างความครอบคลุมของระบบประกันสุขภาพ และลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสุขภาพ
3. ควรศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรชายขอบหรือกลุ่มเปราะบางอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วย เพื่อการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้อง
4. ควรศึกษาเรื่องใบรับรองการเกิดและสูติบัตร เพื่อการเข้าถึงและรับรองสถานะบุคคลมิให้กลายเป็นคนไร้รัฐของเด็กข้ามชาติ
5. ควรศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็กอย่างเจาะลึกเพิ่มเติมในด้านต่างๆ เช่น คุณภาพของการฝากครรภ์ โภชนาการ และการดูแลต่อเนื่องของการรับวัคซีน เป็นต้น

ข้อเสนอแนะที่สำคัญอีกประการหนึ่งต่อการศึกษาวิจัยในระยะต่อไปคือ ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อใช้แนวทางนี้ในการคาดประมาณและพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยอาจเริ่มจากประเด็นที่จำเป็นเร่งด่วน โดยเฉพาะเรื่องที่มีนโยบายสาธารณสุขเอื้ออำนวยแล้ว แต่ยังขาดการดำเนินงานที่เข้าถึงกลุ่มเหล่านี้ได้ เพื่อที่จะได้ต้นแบบของวิธีการดำเนินงาน และแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้และขยายผลได้ในอนาคต



กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยนี้ จะสำเร็จลุล่วงมิได้หากปราศจากคำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์จากคณะผู้เชี่ยวชาญ ตลอดจนความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงาน และกลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้องตลอดระยะเวลาดำเนินการ ซึ่งคณะผู้ดำเนินการศึกษา ขอขอบคุณ ดังต่อไปนี้

นักวิชาการจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ ที่ให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการ อนุเคราะห์ข้อมูลสำมะโนประชากร สนับสนุนแผนที่อาณาเขตแ่งนับ แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการสำรวจข้อมูลภาคสนาม รวมทั้งข้อคิดเห็นต่อแนวทางการวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ

รศ.ดร.กฤตยา อาชวนิจกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรข้ามชาติ จากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และ **ดร.นพ.วิวัฒน์ พีรพัฒนโกสิน** ผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างต้นแบบพยากรณ์โรคและการคาดประมาณ จากมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย (สวน.) และคุณศิริพร ยงพานิชกุล ผู้เชี่ยวชาญด้านการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ สำนักที่ปรึกษาพันธมิตรสาธารณสุข (HCC) ซึ่งทุกท่านได้เสียสละเวลาร่วมหารือ ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ เพื่อ พัฒนาการดำเนินงานตลอดการดำเนินงานของโครงการ

ทีมงานเก็บข้อมูลภาคสนาม นำทีมโดย **อาจารย์ศศิธร ศิลปัฐญา** และ **อาจารย์นัฐวุฒิ สิงห์กุล** จากภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัย



ศิลปากร และเจ้าหน้าที่ภาคสนามประกอบด้วย นักศึกษาจากมหาวิทยาลัยศิลปากร¹ และทีมงานอาสาสมัครต่างชาติที่สามารถสื่อสารทั้งภาษาไทยและพม่าได้ดี ทำหน้าที่ล่ามและประสานดูแลเจ้าหน้าที่ภาคสนามไทยขณะลงเก็บข้อมูลในพื้นที่² ที่ได้ทำงานร่วมกันตลอดระยะเวลาของงานภาคสนาม ทำให้การศึกษาวิจัยนี้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทีมงานศึกษาเชิงคุณภาพภาคสนามด้านอนามัยแม่และเด็ก **ดร.ฤดี ปุ๋งบางกระตี** คณะพยาบาลศาสตร์ศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้ง **คุณกัญญาวิรุฬห์ ปุ๋งบางกระตี** และ **Sai Tun Shwe** ที่ช่วยเป็นล่ามให้นักวิจัยเข้าถึงกลุ่มสนทนาได้และได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ และขอขอบคุณ **นพ.พรศักดิ์ อยู่เจริญ** และ **คุณพอฟิศ วรินทร์เสถียร** กลุ่มงานโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ที่ได้ให้แนวทางในการพัฒนาแบบสอบถามและการวิเคราะห์ข้อมูล การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค

นอกจากนี้ คณะผู้ศึกษาวิจัยขอขอบคุณประชากรในพื้นที่เป้าหมายของการศึกษาทั้งคนไทยและประชากรข้ามชาติทุกๆ คน ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของการศึกษานี้ รวมทั้งนักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เข้าร่วมเวทีนำเสนอผลการวิจัยโครงการเมื่อวันที่ 26 กันยายน 2555 ในการให้ข้อเสนอแนะต่างๆ เพื่อเติมเต็มการศึกษาวิจัยนี้ให้สมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

ท้ายสุดนี้ ขอขอบคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่เล็งเห็นความสำคัญต่อประเด็นสุขภาพของประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ โดยให้การสนับสนุนงบประมาณทำให้การศึกษาวิจัยสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

¹ ได้แก่ คุณบุษปรัญญ์ อินตะนัย คุณนิศาชล ชัยมงคล คุณวิไล โคตะเถา คุณธนชัย วรอาจ คุณน้ำผึ้ง พลบันนิล คุณชโลธร อัญชลิสหกร คุณกานดา สังจันทร์ คุณอรุณธา เฉลิมช่วง คุณศศิกานต์ เส็งสมาน คุณนราวิชัย ชุ่มเจริญ

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

บทที่ 1

ความเป็นมา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์



ความเป็นมา เป้าหมาย และวัตถุประสงค์

การอพยพย้ายถิ่นเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติของมนุษย์ที่เกิดขึ้นทั่วภูมิภาคของโลก เป็นไปเพื่อแสวงหาที่อยู่อาศัยในที่ที่มีโอกาสหรือมีสิ่งที่ดีกว่าเดิม กรมการเศรษฐกิจและสังคม องค์การสหประชาชาติ ได้กล่าวถึงเรื่องนี้ว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 เป็นต้นมา ทั่วโลกมีผู้อพยพย้ายถิ่นระหว่างประเทศประมาณ 175 ล้านคน หรือคิดเป็นเกือบร้อยละ 3 ของประชากรทั้งโลก³ ในปี พ.ศ.2548 องค์การสหประชาชาติได้รายงานว่า มีประชากรจำนวน 191 ล้านคนไม่ได้อาศัยอยู่ในประเทศของตนเอง⁴ สำหรับในภูมิภาคเอเชียพบว่า มีผู้ย้ายถิ่นจากประเทศในเอเชียไปอยู่ในทุกภูมิภาคของโลกเท่ากับ 14% ของผู้ย้ายถิ่นทั้งหมดทั่วโลก⁵ ปัจจุบันการอพยพย้ายถิ่นมีทิศทางที่กลับกันจากอดีต กล่าวคือจากเดิมที่อพยพจากที่เจริญกว่าไปยังพื้นที่ที่ด้อยพัฒนา กลายเป็นการอพยพจากพื้นที่ด้อยหรือกำลังพัฒนาไปยังที่ที่พัฒนาแล้วโดยมีสภาพการณ์ที่เอื้ออำนวย ได้แก่ การเปิดเสรีและขยายตัวทางการค้า ความแตกต่างระหว่างประเทศพัฒนาแล้ว และ

³ Department of Economic and Social Affairs, United Nation,

⁴ International Migration and Development, United Nations, 2006.

⁵ อ้างแล้ว ใน 3



ประเทศด้อยพัฒนา ความแตกต่างระหว่างรายได้โครงสร้างประชากรของประเทศพัฒนาแล้วที่มีอัตราการเกิดต่ำ มีประชากรในวัยแรงงานน้อย แต่วัยสูงอายุมาก ทำให้ความต้องการแรงงานเพิ่มมากขึ้นทั้งในภาคการผลิตและสวัสดิการสังคม การเดินทางระหว่างประเทศที่สะดวกมากขึ้น และเครือข่ายเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัย ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการอพยพย้ายถิ่น

การอพยพย้ายถิ่นจากประเทศที่ส่งออก (Sending Country) เป็นผลมาจากปัจจัยผลักดัน (Pushing Factors) ทั้งในด้านเศรษฐกิจที่ตกต่ำ ด้านการเมืองที่เกิดความขัดแย้งหรือสงครามภายในประเทศ และด้านสังคม เช่น ค่านิยมข้อจำกัดทางการศึกษา แรงผลักดันจากครอบครัว และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

การอพยพย้ายถิ่นมายังประเทศปลายทาง (Receiving Country or Destination) สืบเนื่องมาจากประเทศเหล่านี้มีปัจจัยดึงดูด (Pulling Factors) ทั้งในด้านการขาดแคลนแรงงานและค่าแรงที่สูงกว่า มีความมั่นคงทางการเมือง และมีความเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้มีโอกาสในการทำงานและในการศึกษา เป็นต้น

ในภูมิภาคเอเชีย นอกจากประเทศจีน องค์การสหประชาชาติได้จัดประเทศไทยให้เป็นประเทศทั้งส่งออกและปลายทางของการอพยพย้ายถิ่น⁶ เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาทางเศรษฐกิจค่อนข้างสูงเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อกัน ทำให้ขาดแคลนแรงงานในภาคอุตสาหกรรม เกษตรกรรม และการประมง แต่ในสองสามทศวรรษที่ผ่านมา แรงงานไทยจำนวนมากมีการอพยพไปทำงานในประเทศต่างๆ ทั่วโลก ข้อมูลในระหว่างปีพ.ศ.2544-2553 ประเทศที่รับไปมากที่สุดคือ ไต้หวัน รองลงมาคือ สิงคโปร์และเกาหลีใต้ โดยในปี พ.ศ.2553 คนไทยที่เดินทางไปทำงานที่ไต้หวันลดลง แต่เพิ่มมากขึ้นในประเทศเกาหลี โดยมีจำนวนแรงงานที่เดินทางอย่างถูกต้องตามกฎหมายเฉลี่ยถึงประมาณ 150,000 คนต่อปี⁷

⁶ อ้างแล้ว ใน 3

⁷ สำนักงานคณะกรรมการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สืบค้นเมื่อ 25 พฤศจิกายน 2555



สถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ประเทศไทยต้องนำเข้าแรงงานจำนวนมากจากนอกประเทศ เพื่อมาเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจไทย แม้จะมีแรงงานที่มีความเชี่ยวชาญ (Skilled Labor) จากประเทศต่างๆ เข้ามาทำงานในประเทศไทยถึงกว่า 60,000 คน ในแต่ละปี⁸ แต่ไทยก็ยังขาดแคลนแรงงานในระดับล่าง (Unskilled Labor) ซึ่งเป็นปัจจัยดึงดูดที่สำคัญสำหรับแรงงานในประเทศเพื่อนบ้านที่มีปัญหาเสถียรภาพทางเศรษฐกิจและปัญหาทางการเมือง เช่น พม่า ลาว และกัมพูชา ในการย้ายถิ่นเข้ามาทำงานในประเทศไทยเพื่อรองรับความต้องการดังกล่าว

องค์การแพธ ซึ่งเป็นองค์กรที่ดำเนินงานในด้านการพัฒนาสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสในสังคม โดยเน้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อการเข้าถึงของกลุ่มต่างๆ ได้ตระหนักถึงสถานการณ์อพยพย้ายถิ่น และผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยในปี พ.ศ.2545 องค์การได้ริเริ่มการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่อพยพจากประเทศกัมพูชาเพื่อมาทำงานในภาคการประมงที่จังหวัดระยอง การดำเนินงานในครั้งนั้นพบว่า นอกจากแรงงานแล้ว ยังมีครอบครัวอพยพติดตามมาด้วย เมื่อภรรยาของแรงงานข้ามชาติตั้งครรภ์ก็นิยมคลอดบุตรในประเทศไทย ทำให้มีทารกชาวกัมพูชาที่เกิดในโรงพยาบาลระยองเป็นจำนวนมากต่อไป แต่ขาดการดูแลตั้งแต่การตั้งครรภ์ ทำให้พบการติดเชื้อบาดทะยักในเด็กแรกเกิดที่เกิดจากแม่ชาวกัมพูชาที่คลอดบุตรในโรงพยาบาลระยอง⁹ องค์การแพธจึงได้ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยองและโรงพยาบาลระยอง พัฒนาระบบการดูแลสุขภาพอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ชาวกัมพูชาเข้าสู่ระบบบริการฝากท้อง ได้รับการดูแลและวัคซีนบาดทะยักครบถ้วน รวมทั้งดูแลเด็กที่คลอดออกมาให้ได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องด้วย ทั้งนี้ในช่วงที่ดำเนินงานพบว่า ครอบครัวแรงงานชาวกัมพูชา มักพาเด็กทารกหลังคลอดกลับภูมิลำเนาเมื่อเด็กมีอายุเฉลี่ยราว 6 เดือน ทำให้ไม่ได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่ององค์การแพธจึงได้ประสานงานกับกระทรวงสาธารณสุข

⁸ อ้างแล้ว ใน 7

⁹ องค์การแพธ, 2546



ของประเทศกัมพูชา โดยใช้สมุดสุขภาพเด็กของกัมพูชาสองภาษา(ไทย-เขมร) เป็นสื่อกลางในการเชื่อมต่อเพื่อให้เด็กที่อพยพกลับได้รับวัคซีนต่อเนื่องที่ประเทศกัมพูชาต่อไป

ในฐานะที่องค์การแพธเป็นหนึ่งในคณะกรรมการกวาดล้างโปลิโอ ภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ประเทศไทยเริ่มมีนโยบายดังกล่าว องค์การแพธได้มีบทบาทในการเสนอแนะแนวทางการทำงานต่อคณะกรรมการฯ ในด้านการเข้าถึงวัคซีนพื้นฐานของเด็กข้ามชาติ เพื่อสร้างความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้กับเด็กทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

องค์การแพธได้พัฒนาการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กโดยเน้นที่กรุงเทพมหานคร พื้นที่ที่จัดได้ว่ามีปัญหาด้านความครอบคลุมของวัคซีนที่สำคัญของประเทศไทย ทั้งนี้องค์การแพธยังมีการดำเนินงานด้านสุขภาพอื่นๆ ในพื้นที่กรุงเทพฯ ในเขตที่มีประชากรข้ามชาติอาศัยอยู่อย่างหนาแน่นที่สุดด้วย โดยมีการประสานงานอย่างใกล้ชิดกับองค์กรในระดับท้องถิ่นคือ สำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร นอกจากนี้ได้มีการริเริ่มความร่วมมือกับสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เพื่อพัฒนาความร่วมมือเบื้องต้นในการให้บริการวัคซีนเด็กข้ามชาติ

ตั้งแต่ พ.ศ.2546 ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกในด้านเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อดำเนินโครงการด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค หนึ่งในโครงการดังกล่าวคือโครงการป้องกันเอดส์ในแรงงานข้ามชาติ หรือโครงการฟามิตร (Prevention of HIV/AIDS among Migrant Workers : PHAMIT) ซึ่งองค์การแพธได้เข้าไปมีบทบาทในการพัฒนาระบบสุขภาพที่เข้าถึงได้สำหรับประชากรข้ามชาติ ร่วมกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบการจัดการระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ แต่โครงการดังกล่าว ยังขาดการดำเนินงานในด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งพัฒนาการเข้าถึงบริการและความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กด้วยวัคซีน



อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลในระบบอย่างเป็นทางการที่อ้างอิงถึงจำนวนประชากรข้ามชาติ โดยเฉพาะผู้หญิงและเด็ก ที่จะให้เห็นถึงขนาดของกลุ่มเป้าหมายที่จะนำมาพัฒนาความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มโรคด้วยวัคซีน ทำให้ยากต่อการจัดสรรทรัพยากร และระบบการให้บริการรองรับที่เหมาะสม อีกทั้งไม่สามารถประเมินความสำเร็จของการให้บริการวัคซีนพื้นฐานหรือความครอบคลุมได้ เนื่องจากขาดจำนวนที่แท้จริงหรือใกล้เคียงกับความจริง

เป้าหมายและวัตถุประสงค์

องค์การแพธและสำนักที่ปรึกษาพันธมิตรสาธารณสุข (Health Counterparts Consultant: HCC¹⁰) ได้ร่วมกันศึกษาวิจัย “การคาดประมาณประชากรข้ามชาติเพื่อพัฒนาบริการอนามัยแม่และเด็กในกรุงเทพมหานคร” โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) เพื่อศึกษานำร่องวิธีการคาดประมาณประชากรข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร และทำความเข้าใจต่อการรับรู้และพฤติกรรมในด้านการคุมกำเนิด การฝากครรภ์ การดูแลหลังคลอด และการรับวัคซีน รวมทั้งข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร เพื่อสร้างข้อเสนอแนะในการพัฒนาบริการในระบบสุขภาพต่อไป โดยมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

¹⁰ Health Counterparts Consulting (HCC) Group เป็นหน่วยงานเอกชนที่ไม่ได้แสวงผลกำไร จัดตั้งเป็นทางการมาตั้งแต่ พ.ศ.2545 เพื่อเป็นหน่วยงานให้บริการวิชาการแก่องค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนต่างๆ โดย HCC มีทีมนักวิชาการอิสระและนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยที่มีประสบการณ์การทำงานและความเชี่ยวชาญหลากหลายสาขา โดยเฉพาะงานด้านสาธารณสุข ชุมชนและสังคมศาสตร์ ในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ อนามัยเจริญพันธุ์ การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ การจัดทำสื่อและพัฒนาสื่อ ตลอดจนการวิจัยประเมินผลโครงการ โดยเฉพาะด้านเอชไอวี/เอดส์ และสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ นอกจากนี้ HCC ยังได้ร่วมมือเป็นภาคีกับเครือข่ายนักวิชาการและสถาบันการศึกษาในการให้บริการต่างๆ ในปัจจุบัน HCC ได้ให้บริการงานวิชาการแก่หน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในและต่างประเทศในการทำวิจัยและติดตามประเมินผล การพัฒนาสื่อและหลักสูตรอบรมเพื่อพัฒนาบุคลากรในเรื่องเอชไอวี/เอดส์ และอนามัยเจริญพันธุ์



1. ทบทวนวรรณกรรมในด้านนโยบายภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับประชากรข้ามชาติ
ฐานข้อมูลประชากรข้ามชาติในระบบต่างๆ และระบบการให้บริการสุขภาพ
รวมถึงทบทวนโครงการต่างๆ ในประเทศไทยที่ดำเนินงานกับประชากร
กลุ่มนี้
2. พัฒนาแนวทางการทำสำมะโนประชากรข้ามชาติภาคสนามในเขต
กรุงเทพมหานคร และถอดบทเรียนเพื่อเสนอต่อสำนักงานสถิติแห่งชาติ
3. พัฒนาแนวทางเพื่อการคำนวณ/คาดประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติ
จากฐานข้อมูลที่มีอยู่ เพื่อให้สามารถนำมาปรับใช้กับการคาดประมาณใน
พื้นที่อื่นๆ ได้
4. วิเคราะห์/ทำความเข้าใจการอาศัยอยู่เป็นคู่/ครอบครัว การเคลื่อนย้าย และ
การวางแผนครอบครัวของประชากรข้ามชาติ
5. ค้นหา/ระบุปัจจัยและประเด็นที่มีผลต่อการฝากท้องของหญิงตั้งครรภ์
ข้ามชาติ การเลี้ยงดูบุตร รวมทั้งการรับบริการวัคซีนพื้นฐาน และความ
ครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน
ในเด็กข้ามชาติในเขตกรุงเทพมหานคร
6. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ
และการพัฒนาระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก รวมทั้งการเสริมสร้าง
ความครอบคลุมของวัคซีนเด็กในกลุ่มประชากรข้ามชาติ

บทที่ 2

ทบทวนการจัดระบบแรงงาน ข้ามชาติและบริการสุขภาพ ในประเทศไทย



บทวนการจัดระบบแรงงานข้ามชาติ และบริการสุขภาพในประเทศไทย

การอพยพย้ายถิ่นจากประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดกับประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นไปเนื่องจากปัจจัยดึงดูดทางเศรษฐกิจของประเทศปลายทางเป็นหลัก การตอบสนองของประเทศไทยต่อสถานการณ์นี้ในอดีตจนถึงปัจจุบัน จึงเน้นในเรื่อง การจัดระบบแรงงานเป็นหลัก โดยมีโครงสร้างระดับประเทศรองรับ ด้วยระเบียบสำนัก นายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ.2544 ภายใต้ ระเบียบนี้คณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง(กปร.) ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีหรือผู้ที่นายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ มีรัฐมนตรี ว่าการกระทรวงแรงงาน เป็นรองประธาน ปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ปลัดกระทรวง กลาโหม ปลัดกระทรวงการต่างประเทศ ปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์ ปลัด กระทรวงอุตสาหกรรม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวง สาธารณสุข เลขาธิการนายกรัฐมนตรี เลขาธิการสภาความมั่นคงแห่งชาติ เลขาธิการ คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ ผู้อำนวยการสำนักข่าวกรองแห่งชาติ ผู้บัญชาการทหารสูงสุด ผู้บัญชาการทหารบก ผู้บัญชาการทหารเรือ ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการกองอำนวยการรักษา ความมั่นคงภายใน อธิบดีกรมการจัดหางาน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ



ซึ่งนายกรัฐมนตรีแต่งตั้งไม่เกิน 4 คน เป็นกรรมการ เลขานุการ คณะกรรมการบริหาร แรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง เป็นกรรมการและเลขานุการ และรองเลขานุการ คณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง เป็นกรรมการและผู้ช่วย เลขานุการ¹¹

ภายใต้หน่วยงานหลักๆ ที่เกี่ยวข้องจะมีหน่วยงานในกำกับที่มีบทบาทหน้าที่ ต่างๆ อาทิเช่น

- ◆ **กระทรวงแรงงาน** มีกรมการจัดหางาน ทำหน้าที่พิจารณาอนุญาตการทำงาน ของแรงงานข้ามชาติ
- ◆ **กระทรวงมหาดไทย** มีกรมการปกครอง ทำหน้าที่รับรายงานตัวคนข้ามชาติ ที่สำนักทะเบียนและจัดทำบัตรประจำตัวบุคคล
- ◆ **กระทรวงสาธารณสุข** มีสำนักปลัดกระทรวง ทำหน้าที่ออกมาตรการให้ โรงพยาบาลในสังกัดของกระทรวงฯ ดำเนินการตรวจสุขภาพและประกัน สุขภาพแรงงานข้ามชาติ รวมทั้งกำกับดูแลโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพ
- ◆ **กระทรวงกลาโหม** มีกองทัพบกและกองทัพอากาศ ทำหน้าที่ป้องกันและสกัดกั้น การเข้ามาของคนข้ามชาติในบริเวณชายแดนไทย
- ◆ **สำนักงานตำรวจแห่งชาติ** ทำหน้าที่ปราบปราม จับกุม ดำเนินคดีคนข้ามชาติ ที่ลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย และทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตฯ
- ◆ **สำนักนายกรัฐมนตรี** มีสำนักงานสภาความมั่นคง ทำหน้าที่ด้านความมั่นคง ภายในประเทศ และจัดการในเรื่องการไร้สถานะบุคคลของคนกลุ่มต่างๆ ในประเทศไทยตามยุทธศาสตร์การจัดการปัญหาและสถานะสิทธิบุคคล

คณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง มีสำนักบริหารแรงงาน ข้ามชาติ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เป็นหน่วยงานเลขานุการ มีบทบาทหลัก คือ การจัดการแรงงานข้ามชาติในประเทศไทยทั้งระบบ โดยมีการประชุมเพื่อพิจารณา

¹¹ คณะกรรมการพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2544



ประเด็นสำคัญๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบแรงงานข้ามชาติในแต่ละปี เพื่อเสนอต่อ คณะรัฐมนตรี (ครม.) พิจารณา ถ้าเห็นชอบ ก็จะเป็นมติ ครม.ที่มีผลบังคับใช้ต่อไป

ต่อมาได้มีการแก้ไขภารกิจและโครงสร้างของ กบร.เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ ใน พ.ศ.2546 และ พ.ศ.2553 ล่าสุดในเดือนเมษายน พ.ศ.2554 คณะรัฐมนตรีได้ปรับ ภารกิจของ กบร.เพื่อให้ครอบคลุมการบริหารจัดการแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง ให้มากขึ้น รวมทั้งปรับโครงสร้างของ กบร.ให้มีคณะกรรมการทั้งในส่วนกลางและ ในระดับจังหวัด ยกย่องหน่วยงานที่เป็นเลขานุการ กบร.คือ สำนักงานแรงงาน ข้ามชาติ ให้เป็นกรมในสังกัดกระทรวงแรงงาน¹²

นอกจากหน่วยงานใน กบร.ที่ได้กล่าวมาแล้ว ยังมีหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ ที่มี บทบาทในการดำเนินงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ

- ♦ **กระทรวงศึกษาธิการ** โดยสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้ออกระเบียบว่าด้วยหลักฐานในการรับนักเรียน โดยให้ลูกของแรงงาน ข้ามชาติ ทั้งที่มีและไม่มีเอกสารประจำตนเข้าศึกษาในสถานศึกษาของรัฐได้ เช่นเดียวกับเด็กไทย ใน พ.ศ.2548
- ♦ **กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์** เป็นหน่วยงานหลักที่ใช้ อำนาจดำเนินงานตามพระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ พ.ศ.2551 เนื่องจากการอพยพข้ามพรมแดนเพื่อทำงานในประเทศนั้นมีความ เกี่ยวข้องกับการจัดหา ซื่อ ขยาย กักขัง หน่วงเหนี่ยว ใช้กำลัง ลักพาตัว ฯลฯ แรงงานจากประเทศต้นทางมายังประเทศไทย
- ♦ **กระทรวงแรงงาน** โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน มีภารกิจในการ สร้างความเสมอภาคในการคุ้มครองแรงงาน ทั้งแรงงานข้ามชาติที่มีการ จดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย และที่ไม่มีเอกสารการทำงานแต่มีสภาพ การจ้างงานจริง

¹² มติคณะรัฐมนตรี วันที่ 26 เมษายน พ.ศ. 2554



- ♦ **สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ** มีคณะอนุกรรมการ 2 ชุดที่เกี่ยวข้อง คือ 1) อนุกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนของผู้ไร้สัญชาติไทยพลัดถิ่น ผู้อพยพ และชนพื้นเมือง 2) อนุกรรมการด้านการคุ้มครองสิทธิแรงงานและการประกอบอาชีพซึ่งอนุกรรมการทั้งสองชุดเกี่ยวข้องกับประชากรข้ามชาติทั้งแรงงาน ผู้ติดตามและครอบครัว
- ♦ **สภานายความแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์** มีอนุกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนด้านชนชาติ ผู้ไร้สัญชาติ แรงงานข้ามชาติและผู้พลัดถิ่นเพื่อให้ความช่วยเหลือในด้านกระบวนการยุติธรรมกับประชากรข้ามชาติ
- ♦ **สำนักการแพทย์** กรุงเทพมหานคร มีโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครรับผิดชอบตรวจและประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติตามแนวปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข

2.1 พัฒนาการของการจัดระบบแรงงานจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา

อาจกล่าวได้ว่า ผู้อพยพย้ายถิ่นจากพม่า ลาว และกัมพูชาที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย มีบทบาทสำคัญในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของกลไกที่ขับเคลื่อนเศรษฐกิจของประเทศไทยในปัจจุบัน การอพยพแรงงานนั้นมีมานานแล้วในระยะแรกๆ รัฐบาลไทยถือว่าแรงงานเหล่านั้นคือผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย แต่ก็มี การผ่อนผันการใช้แรงงานข้ามชาติได้ กระทรวงที่มีบทบาทหลักในขณะนั้นคือ กระทรวงมหาดไทย ระหว่างปี พ.ศ.2519-2543 คณะรัฐมนตรีได้ออกระเบียบ พระราชบัญญัติ และนโยบายรองรับสถานการณ์ที่พบในแต่ละปี

ต่อมา ประเทศไทยได้ยึดหยุ่นยอมรับการมีอยู่ของแรงงานข้ามชาติมากขึ้น ในปี พ.ศ.2535 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุญาตให้จ้างผู้หลบหนีเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายจาก



ทั้ง 3 ประเทศได้ โดยให้อาศัยและทำงานในประเทศไทยเป็นการชั่วคราวระหว่างรอการส่งกลับ มติคณะรัฐมนตรีนี้ส่งผลให้เกิดแนวปฏิบัติในการจดทะเบียนแรงงานเป็นรายปีจนถึงปัจจุบัน โดยเริ่มจากจังหวัดชายแดนไทย-พม่า 9 จังหวัด ต่อมาในปี พ.ศ.2539 ได้ขยายไปยังจังหวัดที่ประกอบกิจการประมงทะเลรวม 43 จังหวัด ในปีถัดๆ ไป มีการเพิ่มเติมทั้งประเภทกิจการและจำนวนจังหวัดที่อนุญาตให้มีการจัดจ้างแรงงานข้ามชาติ และครบทุกจังหวัดในประเทศไทยในปี พ.ศ.2544 อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติกลับพบว่าจำนวนแรงงานที่เข้าสู่การจดทะเบียนอย่างถูกต้องในแต่ละปีมีแนวโน้มลดลง และมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มีอยู่จริง

ในปี พ.ศ.2547 มีการเปลี่ยนแปลงการบริหารจัดการที่สำคัญกล่าวคือ ได้มีนโยบายการจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบ โดยให้ประชากรข้ามชาติทั้งหมดจาก 3 ประเทศ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ได้แก่ แรงงานที่มีและไม่มีเอกสารอนุญาตทำงาน รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตามทั้งหมดขึ้นทะเบียนกับกระทรวงมหาดไทย โดยได้รับเอกสารประจำตัวคือ ทะเบียนราษฎร หรือ ท.ร. 38/1 ที่มีเลข 13 หลักเช่นเดียวกับคนไทย (แต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย) ส่วนผู้ที่ประสงค์จะทำงานต้องขอใบอนุญาตทำงานจากกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน แรงงานข้ามชาติที่ขอใบอนุญาตทุกคนต้องตรวจสุขภาพและทำประกันสุขภาพทุกปี โดยได้รับสิทธิประโยชน์ใกล้เคียงแต่น้อยกว่าหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้ประชากรข้ามชาติที่ทำ ท.ร. 38/1 เฉพาะผู้ที่ทำงานต้องมารายงานตัวในระบบทะเบียนราษฎร เพื่อนำหลักฐานไปต่อใบอนุญาตทำงาน การต่ออายุแรงงานมีค่าใช้จ่ายโดยรวมปีละประมาณ 3,900 บาท สำหรับการทำงานในประเทศไทยชั่วคราว 1 ปี หากไม่ได้ดำเนินการด้านเอกสารต่อเนื่องในปีถัดไป ก็จะไม่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยและทำงานในประเทศไทย แรงงานในระบบผ่อนผันรายปีจะมีชื่อเรียกในเอกสารของทางราชการว่า แรงงานข้ามชาติตามมาตรา 13 หรือเรียกสั้นๆ ว่า **‘กลุ่มผ่อนผัน’** ซึ่งแรงงานในกลุ่มนี้จะต้องเข้าสู่การพิสูจน์สัญชาติภายใต้บันทึกช่วยจำในด้านการจัดการแรงงานระหว่างประเทศ ดังจะได้กล่าวต่อไป



แรงงานที่เข้าสู่ระบบในปี พ.ศ.2547 เท่านั้นที่สามารถจดทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานในปีถัดไป เนื่องจากกระบวนการผ่อนผันนี้เป็นนโยบายปีต่อปี การจดทะเบียนแรงงานในแต่ละปี ต้องรอให้มีมติคณะรัฐมนตรี เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำมาจัดทำแนวปฏิบัติในแต่ละปี โดยเฉพาะในการจดทะเบียนหลังปี พ.ศ.2554 แรกๆ มีระยะเวลาเตรียมการค่อนข้างกระชั้นชิด คือมีเวลาเพียง 1 เดือนในการดำเนินการตามกระบวนการทั้งหมด ซึ่งสิ่งที่ตามมาคือ เกิดปัญหานานัปการในการดำเนินการตลอดกระบวนการ นอกจากข้อจำกัดด้านเวลาที่ไม่เพียงพอแล้ว ยังมีปัญหาอื่นๆ เช่น มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง นายจ้างมักจดทะเบียนให้กับลูกจ้างเพียงบางคน ความไม่เข้าใจในแนวปฏิบัติของการจดทะเบียนซึ่งมีการปรับเปลี่ยนในรายละเอียดทุกปี ส่งผลให้มีแรงงานข้ามชาติจำนวนมากไม่ได้เข้าสู่ระบบผ่อนผันรายปีอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ยังพบว่า แรงงานข้ามชาติและครอบครัวไม่ได้อยู่อาศัยในประเทศไทยตลอดระยะเวลาการผ่อนผัน กล่าวคือ มีการเดินทางเข้า-ออกประเทศไทยในช่วงเทศกาลสำคัญ เพื่อไปเยี่ยมครอบครัว ส่งเงินและสิ่งของ หรือพาสมาชิกครอบครัวกลับบ้านเกิด ซึ่งถือว่าเป็นธรรมชาติของการอพยพแรงงาน ในอีกด้านหนึ่งก็ผู้ประสงค์จะเดินทางเข้ามาทำงานตามการชักชวนของเพื่อน/ญาติที่เคยทำงานในประเทศไทย หรือนายหน้าส่งแรงงานข้ามแดน การสกัดกั้นผู้อพยพใหม่ตามแนวชายแดนไทยก็ไม่ประสบความสำเร็จทั้งหมด เพราะมีขบวนการลักลอบส่งคนข้ามชาติเข้าเมืองที่ทำงานอย่างเป็นระบบเพื่อตอบสนองต่อความต้องการแรงงานของประเทศ และแม้ว่าแรงงานข้ามชาติที่อพยพใหม่ ผู้ประสงค์จะทำงาน มีงานและมีนายจ้างรองรับก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถเข้าสู่ระบบการจดทะเบียนอย่างถูกต้องได้ ส่งผลให้จำนวนผู้ที่เข้าสู่การจดทะเบียนแรงงานในระบบมีน้อยลงทุกปี ในขณะที่จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ทำงานอยู่จริงนั้นมีได้ น้อยลง เนื่องจากมีการทำงานโดยไม่มีใบอนุญาตอย่างถูกต้องเป็นจำนวนมาก

จากสถานการณ์และข้อจำกัดดังกล่าว ทำให้ผู้ประกอบการไทยที่ขาดแรงงานในภาคการผลิตต่างๆ ร้องขอให้รัฐบาลจดทะเบียนแรงงานที่ไม่มีเอกสาร รัฐบาลไทยในแต่ละยุคได้มีมติคณะรัฐมนตรีให้จดทะเบียนเพิ่มเติมสำหรับแรงงานที่ไม่มีเอกสาร



ในปี พ.ศ.2549, 2552 และ 2554 อย่างไรก็ตาม พบว่า การต่อทะเบียนแรงงานและการจดทะเบียนเพิ่มเติมในปีหลังๆ นั้น รัฐบาลไม่อนุญาตให้มีการจดทะเบียนผู้ติดตามและครอบครัว ยกเว้นลูกของแรงงานข้ามชาติที่อายุไม่เกิน 15 ปี รวมถึงลูกที่เกิดในประเทศไทย ที่สามารถนำไปรับรองการเกิดจากสถานพยาบาล (ท.ร. 1/1) เพื่อขอสูติบัตร (ท.ร. 1/2) ที่มีเลข 13 หลัก แต่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ทั้งนี้ เป็นไปตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2551

ตั้งแต่ พ.ศ.2550 เป็นต้นมา ได้มีการนำแนวปฏิบัติที่ได้จากบันทึกช่วยจำ (MOU : Memorandum of Understanding) ในด้านการจัดการแรงงานระหว่างประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้าน คือ กัมพูชา ลาว และพม่า มาดำเนินงาน สาระสำคัญของบันทึกช่วยจำนี้คือ การทำให้แรงงานข้ามชาติที่ทำงานในประเทศไทยมีเอกสารทำงานอย่างถูกต้อง ทั้งในประเทศไทยและประเทศต้นทาง แนวทางในการดำเนินงานที่สำคัญคือ 1) การพิสูจน์สัญชาติกับแรงงานที่ได้รับการผ่อนผันในประเทศไทยเพื่อให้ประเทศต้นทางจัดทำหนังสือเดินทาง (Passport) และเอกสารอนุญาตทำงาน 2) การนำเข้าแรงงานข้ามชาติจากประเทศต้นทางอย่างเป็นทางการ โดยมีหนังสือเดินทางและเอกสารอนุญาตทำงาน แรงงานที่เข้าสู่ระบบการจัดการแรงงานระหว่างประเทศตาม MOU มักปรากฏในเอกสารราชการว่าแรงงานข้ามชาติตามมาตรา 9 หรือเรียกสั้นๆ ว่า ‘**แรงงานมาตรา 9**’ หรือ ‘**กลุ่มนำเข้า**’

แรงงานมาตรา 9 นั้นจะเข้าสู่ระบบประกันสังคมเช่นเดียวกับแรงงานไทย และรับสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพของประกันสังคม แต่หากประเภทงานนั้นๆ ไม่เข้าข่ายระบบประกันสังคม เช่น แรงงานในภาคประมง เป็นต้น ก็จะเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพรายปีเช่นเดียวกับแรงงานในระบบผ่อนผันฯ อย่างไรก็ตาม ด้วยปัญหาการพิสูจน์สัญชาติของประเทศต้นทาง และการนำเข้าแรงงานที่มีค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงจากประเทศต้นทาง ทำให้มีแรงงานจำนวนไม่มากเข้าสู่ระบบตามแนวปฏิบัติตาม MOU นี้ ในขณะที่แรงงานข้ามพรมแดนอย่างผิดกฎหมายยังมีอยู่



ส่วนประชากรข้ามชาติอีกกลุ่มหนึ่งคือ ผู้ติดตามและครอบครัว หลังจากปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา พบว่า ไม่มีนโยบายที่ชัดเจนว่ารัฐบาลไทยจะมีแนวปฏิบัติอย่างไรกับคนกลุ่มนี้ ทั้งๆ ที่มีจำนวนไม่น้อย และมีจำนวนหนึ่งได้เดินทางกลับประเทศต้นทางไปแล้ว อย่างไรก็ตาม ไม่มีข้อมูลของประชากรกลุ่มนี้ ทั้งที่ยังคงอาศัยอยู่และเคลื่อนย้ายออกไปแล้ว

2.2 ระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในประเทศไทย

ตั้งแต่มีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรข้ามชาติเข้ามาในประเทศไทย จนถึงปี พ.ศ.2539 ประเทศไทยยังไม่มี ความชัดเจนในการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีนโยบายด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ในการรักษาพยาบาลโดยไม่เลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ สัญชาติและภาษา เห็นได้จากสถานพยาบาลในจังหวัดชายแดนไทยที่มีคนไข้ข้ามชายแดนเข้ามารักษาที่ประเทศไทยเป็นจำนวนมากมานานแล้ว ซึ่งคนไข้เหล่านี้มีทั้งที่สามารถจ่ายค่าบริการได้และไม่ได้ ในกลุ่มผู้ยากจน สถานพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ติดชายแดนก็ไม่ปฏิเสธการให้บริการตามหลักมนุษยธรรม โดยให้คนไข้ชำระค่าบริการตามกำลังจ่ายที่มี แต่ละโรงพยาบาลก็มีระบบสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อย รวมทั้งสถานพยาบาลในจังหวัดชายแดน ก็จะได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติมจากส่วนกลาง

ตั้งแต่ พ.ศ.2545 เป็นต้นมา ประเทศไทยโดยกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ใช้แนวทางการจัดสรรงบประมาณการบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพื่อบรรลุเป้าหมายสุขภาพถ้วนหน้า อันเป็นเป้าหมายสูงสุดตามพันธสัญญาของนานาชาติในด้านสุขภาพ ในแนวทางนี้ มีการจัดระบบการเงินการคลัง โดยกระจายงบประมาณตามจำนวนของประชากรใน



เขตรับผิดชอบของสถานพยาบาลนั้นๆ เพื่อให้บริการสุขภาพอย่างครบวงจร ครอบคลุม 4 ด้าน คือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาล และการฟื้นฟู ทั้งนี้งบประมาณหลักประกันสุขภาพต่อจำนวนประชากรในพื้นที่ มีการจำกัดความ ครอบคลุมผู้ที่มีสัญชาติไทยตามทะเบียนราษฎรเท่านั้น ส่งผลให้บุคคลที่อาศัยอยู่ใน ประเทศไทย แต่ไม่มีสถานะทางทะเบียน เช่น ชนกลุ่มน้อย ชาวไทยภูเขา คนไทย พลัดถิ่น รวมทั้งประชากรข้ามชาติด้วย ไม่เข้าข่ายตามหลักประกันสุขภาพนี้ อีกทั้ง ประชากรเหล่านี้ มักมีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจฐานะ มีกำลังจายน้อย พบปัญหาในการ เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพพื้นฐานในระบบ

ภายใต้พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545¹³ มีการจัดสรร งบประมาณต่อจำนวนประชากรไทยในพื้นที่ดำเนินงานของหน่วยบริการคู่สัญญา ดังนั้นการออกแบบระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ ซึ่งเริ่มดำเนินงาน อย่างเป็นรูปธรรมจริงจึงตั้งแต่ พ.ศ.2547 จึงได้ดำเนินการให้สอดคล้องกับหลักการนี้ด้วย โดยแตกต่างกันตรงที่แรงงานข้ามชาติต้องเป็นผู้จ่ายค่าประกันสุขภาพต่อปีเองในอัตรา ที่เท่ากับรัฐจ่ายให้ประชากรไทยต่อคน แต่การดำเนินงานนี้ครอบคลุมได้เฉพาะแรงงาน ข้ามชาติที่จดทะเบียนเท่านั้น ส่วนผู้ติดตาม และลูกของแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ ยังไม่มีประกันสุขภาพ ดังนั้น หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของประเทศไทย จึงยัง ไม่ครอบคลุมประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยได้

2.3 การพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้การจัดระบบแรงงานข้ามชาติ

ดังได้กล่าวมาแล้วว่า การตอบสนองของประเทศไทยต่อการอพยพย้ายถิ่นจาก ประเทศเพื่อนบ้าน ใช้แนวทางการจัดระบบแรงงานเป็นหลัก ทำให้หน่วยงานในกระทรวง

¹³ กระทรวงสาธารณสุข, 2545



แรงงาน คือ สํานักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน มีบทบาทนํ้าในการบริหารจัดการ มาตรการหลักที่ทางกระทรวงสาธารณสุขเริ่มใช้มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 เริ่มมีนโยบายผ่อนผันให้มีการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติครั้งแรก โดยใช้เกณฑ์เช่นเดียวกับการตรวจสอบสุขภาพของผู้สมัครเข้ารับราชการคือ กำหนดโรคที่จะควบคุมป้องกัน 6 โรค (ได้แก่ วัณโรค โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง โรคซิฟิลิส โรคมาลาเรีย และโรคพยาธิลำไส้) และโรคที่ถ้าตรวจพบจะไม่ออกใบอนุญาตทำงานจำนวน 7 โรค คือ 1) โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน หรือปัญญาอ่อน 2) วัณโรคในระยะอันตราย 3) โรคเรื้อนที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม 4) โรคเท้าช้างที่ปรากฏอาการเป็นที่รังเกียจแก่สังคม 5) โรคซิฟิลิส ระยะที่ 3 6) ตติยาเสพติดให้โทษ และ 7) โรคพิษสุราเรื้อรัง

แนวทางการตรวจโรคเช่นนี้ มุ่งควบคุมโรคติดต่อที่เคยเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมาก่อน เพื่อมิให้แรงงานแพร่เชื้อ และเป็นภาระต่อการรักษาพยาบาล¹⁴

ผลการตรวจสุขภาพแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

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

สำหรับผลการตรวจในประเภทที่ 3 ที่ห้ามมิให้ทำงาน ได้มีรายงานอย่างไม่เป็นทางการจากผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดในหลายจังหวัดที่มีประชากรข้ามชาติจำนวนมากว่า ในทางปฏิบัติสถานพยาบาลจะไม่ส่งกลับแต่จะทำการติดตามการรักษาแทนเมื่อรักษาให้หายแล้วจึงให้ใบรับรองผลการตรวจสุขภาพ เนื่องจากหากส่งกลับก็จะเป็นภาระของสำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมืองที่ไม่สามารถรองรับการส่งกลับได้ อีกทั้งการผลักดันออกนอกประเทศนั้น ไม่เป็นจริง พร้อมพบว่า แรงงานเหล่านั้นได้เดินทางกลับมาเช่นเดิม ดังนั้น การรักษาให้หายขาดแล้วจึงให้เข้าทำงาน จึงเป็นมาตรการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ และส่งผลดีต่อทั้งประเทศไทยและประเทศต้นทางมากกว่า

¹⁴ กฤตยา อาชวนิจกุล และคณะ, 2550



สำหรับประเภทที่ 4 ได้ยกเลิกการรายงานผลการตั้งครรภ์ใน พ.ศ.2550 โดยให้การตรวจการตั้งครรภ์เป็นไปตามกระบวนการวินิจฉัยเพื่อหลีกเลี่ยงการเอ็กซเรย์ปอดและการกินยาป้องกันโรคเท้าช้างในระหว่างการตรวจสุขภาพ ด้วยเหตุที่จะส่งผลต่อทารกในครรภ์

เมื่อรัฐบาลกำหนดให้มโนบายการจัดการแรงงานข้ามชาติทั้งระบบในปี พ.ศ.2547 หน่วยงานที่รับผิดชอบสุขภาพของคนทั้งประเทศคือ กระทรวงสาธารณสุข มีสถานะเป็นเพียงหนึ่งในกรรมการของคณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) เมื่อเป็นเช่นนี้ บทบาทหลักของกระทรวงฯ ต่อเรื่องนี้ จึงเป็นภารกิจที่ได้รับมอบหมายมาจาก กบร. ที่มีกระบวนการทัศนในด้านการจัดระบบแรงงาน กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข(เดิมอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต่อมาในปี พ.ศ.2553 จึงได้โอนสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพมาสังกัดสำนักงานปลัดฯ โดยรวมภารกิจกับสำนักอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง และใช้ชื่อว่า “สำนักบริหารการสาธารณสุข”) ดำเนินการออกมาตรการตรวจสุขภาพและจัดทำประกันสุขภาพภาคบังคับให้แก่แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนแรงงานกับสำนักงานจัดหางานในจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศไทย

กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ออก “มาตรการและแนวทางการดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ” เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ ทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน รับไปดำเนินการ สำหรับในกรุงเทพมหานคร กระทรวงสาธารณสุขได้มอบหมายให้กรมการแพทย์รับไปดำเนินงาน โดยให้โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และตติยภูมิ (ได้แก่ โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี) รับมาตรการประกันสุขภาพนี้ไปดำเนินงาน รวมทั้งให้กรมการแพทย์ดำเนินงานร่วมกับสำนักการแพทย์ หน่วยงานในสังกัดกรุงเทพมหานคร โดยให้โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร (ได้แก่ โรงพยาบาลกลาง



โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ โรงพยาบาลตากสิน และโรงพยาบาลวชิรพยาบาล) รับแนวทางการตรวจและประกันสุขภาพไปดำเนินงาน นอกจากนี้ ยังมีโรงพยาบาลเอกชนจำนวน 2 โรง ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดสมุทรสาคร (ได้แก่ โรงพยาบาลศรีวิชัย 5 และโรงพยาบาลบางปะกอก 9) ให้ใช้มาตรการและแนวทางนี้ ในการตรวจและรับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติด้วย

โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ มีบทบาทในการจัดการตรวจสุขภาพแรงงานข้ามชาติ โดยมีค่าใช้จ่ายคนละ 600 บาท และประกันสุขภาพคนละ 1,300 บาท (ตามงบประมาณเหมาจ่ายรายหัวของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี พ.ศ.2547 แม้ว่างบเหมาจ่ายรายหัวนี้จะมีการปรับขึ้นในภายหลัง แต่ก็ไม่ได้มีการปรับขึ้นค่าประกันในคนข้ามชาติที่เข้าสู่ระบบประกัน) รวมค่าใช้จ่ายต่อปีที่แรงงานข้ามชาติต้องจ่ายเพื่อการเข้าสู่ระบบประกันคือ 1,900 บาท สิทธิประโยชน์ในประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติใกล้เคียงกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ยกเว้นการรักษาผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายด้วยการล้างไตและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรวมทั้งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ แต่ครอบคลุมในกรณีเพื่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการใช้บริการแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่าย 30 บาท ซึ่งหลังจากการบริการในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้ยกเลิกการเรียกเก็บ 30 บาท แต่ก็ไม่ได้ยกเลิกการเรียกเก็บเงินในการเข้ารับบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติแต่อย่างใด

งบประมาณที่ได้จากการรับประกันสุขภาพนี้ มีแนวทางการจัดระบบการเงิน โดยแบ่งเงินประกันต่อคนจำนวน 1,300 บาท เป็นค่าใช้จ่ายในส่วนต่างๆ ดังต่อไปนี้

- 1) **ค่าบริการทางการแพทย์ 964 บาท** จำนวนนี้แบ่งออกเป็น ค่ารักษาพยาบาล 914 บาท ให้แต่ละโรงพยาบาลบริหารจัดการ ค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท ให้กลุ่มประกันสุขภาพ หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดฯ บริหารจัดการ



ทั้งนี้พบว่า แต่ละโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพมีแนวทางการบริหารจัดการแตกต่างกันไป หลายแห่งจะแยกหมวดเป็นเงินประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติโดยเฉพาะ บางโรงพยาบาลจะนำเงินประกันสุขภาพข้ามชาติหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและประกันสังคมมารวมกันเพื่อใช้บริหารจัดการการบริการทางการแพทย์ของโรงพยาบาล สำหรับค่ารักษาพยาบาลที่มีค่าใช้จ่ายสูง 50 บาท โรงพยาบาลจะเบิกจ่ายเมื่อมีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น ซึ่งเงินจำนวนนี้เป็น การบริหารจัดการปีต่อปี กล่าวคือ กลุ่มประกันสุขภาพจะจัดสรรส่วนที่เหลือในแต่ละปีงบประมาณ ส่งคืนให้กับโรงพยาบาลที่รับประกันตามสัดส่วนทุกๆ ปี

2) ค่าบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 206 บาท ให้แต่ละโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพบริหารจัดการเพื่อดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในพื้นที่รับผิดชอบ แต่บางจังหวัดมีการรวมงบนี้ของทุกโรงพยาบาลไว้ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในแรงงานข้ามชาติทั้งจังหวัด โดยให้หน่วยงานด้านสาธารณสุขต่างๆ ในจังหวัดที่มีประชากรข้ามชาติในพื้นที่ดำเนินงาน รวมทั้งโรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพ จัดทำโครงการของงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคได้ การบริหารจัดการในลักษณะนี้ทำให้โรงพยาบาลและ/หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีงบประมาณในระดับปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมและป้องกันโรคในจังหวัดของตนพอสมควร ตามจำนวนแรงงานที่เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตาม พบว่าการดำเนินงานในส่วนนี้มักขาดการนิเทศติดตามจากระดับเขตและส่วนกลาง อีกทั้งประเด็นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในกลุ่มคนข้ามชาติ มิได้เป็นตัวชี้วัดหลักของการปฏิบัติงาน (KPI : Key Performance Indicator) ในระบบสาธารณสุขอย่างเป็นทางการแต่อย่างใด



ในส่วนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร งบนี้จัดสรรไว้ที่โรงพยาบาลที่รับประกันสุขภาพทั้งหมด ซึ่งมีข้อสังเกตถึงความเป็นไปได้ของโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิที่สังกัดกรมการแพทย์ รวมทั้งโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ มีความเป็นไปได้ในการดำเนินงานภารกิจเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน อีกทั้งโรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครที่ขึ้นกับสำนักการแพทย์ ก็มีบทบาทหลักในการรักษาพยาบาล แต่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นมีสำนักอนามัยเป็นหน่วยงานรับผิดชอบร่วมกับศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 68 แห่งที่กระจายอยู่ทั่วกรุงเทพมหานคร แต่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มประชากรข้ามชาตินั้น สำนักอนามัยกรุงเทพมหานครกลับไม่สามารถเข้าถึงงบประมาณได้ ต้องเจียดงบประมาณส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้การดำเนินงานทำได้อย่างจำกัด

3) ค่าบริหารจัดการ 130 บาท แบ่งจัดสรร 120 บาทให้หน่วยบริหารในจังหวัด คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้ในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขในประชากรข้ามชาติ ส่วนที่เหลือ 10 บาท จัดสรรให้สำนักบริหารการสาธารณสุข เพื่อปฏิบัติการจัดการบริหารงานด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติ สำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่เหมือนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดของกรุงเทพมหานคร งบบริหารจัดการ 120 บาท จึงได้จัดสรรมาไว้ที่กรมการแพทย์ เพื่อใช้ในการบริหารจัดการสาธารณสุขในประชากรข้ามชาติ

มาตรการและแนวทางการดำเนินงานตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพ เป็นมาตรการปีต่อปีตามมติคณะรัฐมนตรี เรื่องการจัดระบบแรงงานข้ามชาติในปีนั้นๆ ทั้งนี้พบว่า มาตรการและแนวทางฯ ในแต่ละปีมีการปรับเปลี่ยนไม่มากนัก กล่าวคือ



- พ.ศ.2544 ดำเนินการตรวจและประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติอย่างเป็นระบบ เป็นปีแรก
- พ.ศ.2548-49 ขยายขอบข่ายการตรวจและประกันสุขภาพในแรงงานข้ามชาติ ไปยังผู้ติดตาม และครอบครัวตามความสมัครใจโดยต้องตรวจสุขภาพ ด้วย
- พ.ศ.2550 ประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติเป็นหลัก แต่สำหรับผู้ติดตามและ ครอบครัวให้สถานบริการสุขภาพพิจารณาดำเนินการตามความ เหมาะสม ดังนั้นการดำเนินการขึ้นอยู่กับแต่ละโรงพยาบาล หรือ สำนักงานสาธารณสุขแต่ละจังหวัดที่จะเปิดรับประกันสุขภาพผู้ติดตาม และครอบครัว เนื่องจากมติคณะรัฐมนตรีไม่มีความชัดเจนในสิทธิ อาศัยอยู่ของคนกลุ่มนี้
- พ.ศ.2551 ประกันสุขภาพสามารถทำได้ในแรงงานข้ามชาติ ผู้ติดตาม และ ครอบครัว ทั้งที่ได้รับการผ่อนผันและไม่ได้รับการผ่อนผันให้อาศัยอยู่ ในประเทศไทย แต่การรับประกันหรือไม่ขึ้นอยู่กับหน่วยบริการสุขภาพ เป็นหลัก
- พ.ศ.2552-53 ประกันสุขภาพสามารถทำได้ในแรงงานข้ามชาติที่ต่อทะเบียนแรงงาน และจดทะเบียนใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรี แต่ไม่รวมถึงผู้ติดตาม และครอบครัว
- พ.ศ.2554 ประกันสุขภาพในแรงงานข้ามชาติ ทั้งที่ต่อทะเบียนและขึ้นทะเบียนใหม่ ตามมติคณะรัฐมนตรี รวมทั้งผู้ติดตามที่เป็นบุตรอายุไม่เกิน 15 ปี โดยสมัครใจ โดยไม่รวมผู้ติดตามประเภทอื่นๆ

ข้อสังเกตที่ได้จากการตรวจและประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-2554 พบว่า การจัดการประกันสุขภาพต้องปรับเปลี่ยนเป็นปีต่อปี ตามมติ คณะรัฐมนตรีด้านการจัดระบบแรงงานเป็นหลัก พบว่า ในระยะแรกๆ ของการประกัน สุขภาพ คือในระหว่างปี พ.ศ.2548-2551 กระทรวงสาธารณสุขมีความพยายาม ที่จะขยายขอบข่ายของการเข้าสู่ระบบประกันให้ครอบคลุมประชากรข้ามชาติให้



มากที่สุดตามหลักการของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าคือ แรงงาน ผู้ติดตาม และครอบครัว โดยไม่ต้องคำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย ต่อมาใน พ.ศ.2552 เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างและการบริหารจัดการภายในของส่วนกลาง ทำให้กระทรวงสาธารณสุขมีแนวโน้มที่จะดำเนินงานด้านการประกันสุขภาพตามแนวทางของมติคณะรัฐมนตรี และคณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง (กบร.) เป็นหลัก กล่าวคือ รับผิดชอบประกันสุขภาพเฉพาะแรงงานข้ามชาติและบุตรที่อายุไม่เกิน 15 ปีเท่านั้น โดยไม่มีคำตอบที่ชัดเจนให้กับสถานพยาบาลทั่วประเทศว่า กลุ่มประชากรข้ามชาติอายุเกิน 15 ปี ที่เป็นผู้ติดตามที่มีอยู่จำนวนมากนั้น จะมีทางออกสำหรับการประกันสุขภาพอย่างไร

สำหรับแรงงานข้ามชาติตามมาตรา 9 ตามบันทึกข้อตกลงระหว่างประเทศที่พิสูจน์สัญชาติและได้รับหนังสือเดินทางชั่วคราวหรือที่นำเข้าจากประเทศต้นทาง และมีหนังสือเดินทางนั้น มีการกำหนดไว้ว่าให้แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสังคม โดยมีการสมทบในรูปแบบเดียวกันกับการประกันสังคมของแรงงานไทย กล่าวคือ มีการจ่ายเงินสมทบจาก 3 ส่วนคือ รัฐ นายจ้าง และลูกจ้าง สำหรับแรงงานในกลุ่มนี้ที่ไม่เข้าข่ายประเภทอาชีพที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมได้ เช่น แรงงานในภาคธุรกิจประมง แรงงานในภาคเกษตรกรรม เป็นต้น ก็ให้เข้าสู่ระบบประกันรายปีเช่นเดิม ตั้งแต่เริ่มมีแรงงานข้ามชาติตามมาตรา 9 ใน พ.ศ.2549 พบว่า แรงงานข้ามชาติที่เข้าสู่ระบบประกันสังคมยังมีจำนวนค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับกลุ่มประกันสุขภาพภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ยังไม่พบปัญหาที่ชัดเจนนัก

ต่อมาเมื่อมีแรงงานเข้าสู่ระบบพิสูจน์สัญชาติมากขึ้นใน พ.ศ.2554 พบว่า มีนายจ้างจำนวนมากไม่ยื่นเรื่องลูกจ้างข้ามชาติต่อสำนักงานประกันสังคม เพื่อหลีกเลี่ยงการจ่ายสมทบ อีกทั้งแรงงานเองก็รู้สึกที่ต้องจ่ายเงินสมทบจำนวนมาก (มากกว่าการจ่ายรายปี) เพื่อได้ประกันสุขภาพในแต่ละปี จากช่องว่างดังกล่าว ทำให้หลายจังหวัดเริ่มมีรายงานแรงงานข้ามชาติจำนวนมากที่ไม่มีประกันสุขภาพใดๆ นอกจากนี้การประกันสุขภาพในสิทธิประโยชน์ของสำนักงานประกันสังคม ครอบคลุมเฉพาะการรักษาพยาบาล



แต่ไม่ครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในกรณีของจังหวัดสมุทรสาคร¹⁵ พบว่า ผู้บริหารด้านสาธารณสุขในระดับจังหวัดเสนอแนะให้จัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพแรงงานข้ามชาติหลังจากที่แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสังคมทั้งหมดแล้ว ในส่วนของผู้ประกอบการ ได้เสนอแนะว่าควรให้แรงงานข้ามชาติทำประกันสุขภาพรายปีมากกว่าการทำประกันสังคม เนื่องจากมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่า ซึ่งฝ่ายสาธารณสุขก็สนับสนุนแนวทางนี้

ในประเด็นนี้ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านประชากรข้ามชาติ หรือ Migrant Working Group ให้ข้อมูลว่ามีหน่วยงานภาคเอกชนในประเทศและระหว่างประเทศที่ทำงานด้านสุขภาพ การศึกษาและสิทธิแรงงานของประชากรข้ามชาติ ได้จัดทำข้อเสนอผ่านทางเอกสาร “กรอบแนวคิดเชิงนโยบายด้านสิทธิแรงงานข้ามชาติและคนไร้รัฐในประเทศไทย” และได้มีการประชุมระดับประเทศในประเด็นนี้อย่างต่อเนื่องเสมอมา ต่างมีความเห็นว่า แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขต้องปฏิบัติตามมติของคณะรัฐมนตรี และแนวทางของคณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองแต่ในอีกด้านหนึ่ง กระทรวงสาธารณสุขก็เป็นหน่วยงานส่วนกลางของประเทศ ที่มีพันธกิจและความรับผิดชอบด้านสุขภาพของคนทั้งประเทศ จึงควรตระหนักและให้ความสำคัญต่อการกิจ ในด้านการเข้าถึงสุขภาพอย่างถ้วนหน้าของทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่คำนึงถึงสถานะทางกฎหมาย ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค หากดำเนินงานตามพันธกิจนี้ได้ จะก่อให้เกิดผลในทางบวกต่อคนไทยที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทุกคน และประเทศชาติโดยรวม มากกว่าเพียงการจำกัดกรอบการทำงานของตนเองตามแนวนโยบายการจัดระบบแรงงานที่ชี้แนะโดยกระทรวงแรงงานและคณะกรรมการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองเท่านั้น

¹⁵ กิตติ เรืองวิไลพร, 2555



ทั้งนี้ สถานการณ์การอพยพย้ายถิ่นมีความชัดเจนว่าจะไม่สิ้นสุด แต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มและมีความซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ กระทรวงสาธารณสุขไม่อาจปฏิเสธความรับผิดชอบต่อปัญหาสาธารณสุขที่อาจตามมา อันเนื่องมาจากการดำเนินงานด้านสุขภาพในปัจจุบันที่ไม่สามารถครอบคลุมทุกคนโดยเฉพาะคนข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศได้ ดังนั้น การวางแผนมาตรการและระบบสุขภาพภายใต้การยอมรับต่อสถานการณ์ปัจจุบันที่สอดคล้องกับแนวโน้มอนาคตตั้งแต่วันนี้ จึงย่อมดีกว่าการตามแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่อาจรุนแรงเกินคาดเดาได้ในอนาคต

2.4 อุปสรรคของการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในระหว่างปี พ.ศ.2548-2551 องค์การแพธได้ร่วมกับสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้โครงการฟ้ามิตร ทำการศึกษาช่องว่างเพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพใน 10 จังหวัดนำร่องที่มีประชากรข้ามชาติจำนวนมากในลำดับต้นๆ ได้แก่ สมุทรสาคร ระยอง ชลบุรี สมุทรปราการ ตาก เชียงใหม่ ระนอง ภูเก็ต สงขลาและปัตตานี พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพมีอุปสรรคในด้าน 1) ระบบบริการสุขภาพ 2) ผู้ให้บริการสุขภาพ และ 3) ผู้รับบริการสุขภาพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 การเข้าถึงบริการสุขภาพ ความท้าทายของระบบสุขภาพไทย¹⁶



แหล่งข้อมูล หนังสือมีใช้เพียงภาระหน้าที่ : บันทึกประสบการณ์การพัฒนากระบวนการพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติ, หน้า 26

¹⁶ องค์การแพธ และ สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ, 2549



จากแผนภาพจะเห็นว่า อุปสรรคสำคัญที่ทำให้ประชากรข้ามชาติเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพคือ ความกลัวและความไม่คุ้นเคยในระบบบริการ แม้แต่ผู้ที่มีประกันสุขภาพก็ไม่เข้าใจสิทธิในการใช้บริการในระบบประกันฯ การรับบริการพบอุปสรรคการสื่อสารต่างภาษาทั้งการพูดและการเขียน ซึ่งอุปสรรคนี้พบในผู้ให้บริการเช่นเดียวกัน ทำให้ทั้งผู้ให้และผู้รับบริการมีความยากลำบากในการให้การรักษายาบาลขั้นตอนต่างๆ แม้ว่าต่อมาได้มีแนวทางการแก้ปัญหการสื่อสารต่างภาษา โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขสุขข้ามชาติ (อสต.) หรือพนักงานสาธารณสุขข้ามชาติ (พสต.) มาเป็นล่ามสื่อสารภาษา แต่ก็พบปัญหาในการจัดจ้างอย่างถูกต้อง เนื่องจากไม่มีตำแหน่งงานที่สอดคล้องจึงเกิดความพยายามจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนแก้ไขปัญหาในเรื่องนี้ร่วมกับกระทรวงแรงงาน ซึ่งผลคือมีตำแหน่งงานรองรับงานนี้ได้ แต่ก็มีเพียงโรงพยาบาลไม่กี่แห่งโดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีโครงการพิเศษที่ดำเนินงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีการจัดจ้าง อสต. และ พสต. เข้าทำงานในโรงพยาบาล เพราะขึ้นอยู่กับให้ความสำคัญของผู้บริหารโรงพยาบาล

ในกลุ่มประชากรข้ามชาติที่อาศัยอยู่อย่างผิดกฎหมายพบว่า มีจำนวนมากที่ไม่กล้าเปิดเผยตัวเพื่อเข้ารับการรักษา เพราะกลัวการถูกจับหรือการรีดไถระหว่างทางไปโรงพยาบาล หรือกลัวว่าหากรักษาแล้วทางโรงพยาบาลจะแจ้งจับเพื่อส่งกลับประเทศต้นทาง ซึ่งในทางปฏิบัติพบว่า การจับตัวผู้ป่วยข้ามชาติหรือหญิงข้ามชาติหลังคลอดส่งไปยังสถานกักตัวคนข้ามชาติ โดยสำนักงานตำรวจตรวจคนเข้าเมืองเพื่อรอส่งตัวกลับประเทศ ยังมีปรากฏอยู่อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้บุคลากรในสถานพยาบาลจำนวนมากยังไม่เข้าใจในข้อกฎหมายเกรงว่าตนเองและโรงพยาบาลจะมีความผิดในฐานะให้ที่พักพิงแก่คนข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง รวมทั้งบุคลากรยังขาดประสบการณ์ในการให้บริการทั้งเชิงรุกและเชิงรับกับผู้รับบริการข้ามชาติที่มีวัฒนธรรม ความคิดและภาษาที่แตกต่างไปตลอดจนการเคลื่อนย้ายถิ่นอยู่เสมอของประชากรข้ามชาติ ทำให้การติดตามเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเป็นไปได้ด้วยความยากลำบาก

ดังนั้น คนข้ามชาติจำนวนมาก แม้ว่าจะมีประกันสุขภาพ แต่เมื่อเจ็บป่วยก็ไม่กล้าเปิดเผยตนเพื่อขอรับบริการ มักไปใช้บริการสุขภาพแบบพื้นบ้าน หรือหาซื้อยากินเอง



และจะไปโรงพยาบาลก็ต่อเมื่ออาการหนักมากแล้ว การใช้บริการนอกระบบทำให้ระบบสุขภาพขาดข้อมูลอัตรากิจการที่แท้จริง สถานพยาบาลจำนวนมากที่รับการรักษาคนไข้ที่อาการหนัก มักพบปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูงมาก แต่ไม่สามารถเบิกจ่ายจากหน่วยงานใดๆ ได้ ระบบการให้บริการสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติที่ขาดความชัดเจน ทั้งทางด้านค่าใช้จ่าย ระบบข้อมูล นโยบายที่ไม่สอดคล้องกับสภาพการในพื้นที่ และโครงสร้างการบริหารจัดการ ส่งผลให้แนวทางการให้บริการเป็นไปในลักษณะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการแก้ปัญหาระยะยาว และส่วนใหญ่เน้นการรักษาพยาบาลมากกว่าการป้องกัน

ทั้งนี้การขาดแผนแม่บทหรือแผนยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการปัญหาคือประเด็นสำคัญที่ทำให้ไม่มีแผนงานที่ชัดเจนในระดับปฏิบัติการ ซึ่งแม้ต่อมาได้มีความพยายามจากองค์การระหว่างประเทศและองค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศ ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในกระทรวงสาธารณสุข ในการพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขในประชากรข้ามชาติในปี พ.ศ.2549 แต่ยุทธศาสตร์นี้ก็มิได้มีการรับรองอย่างเป็นทางการแต่อย่างใด

ทั้งนี้อุปสรรคที่สำคัญคือ ทัศนคติของบุคลากรสาธารณสุขในระดับต่างๆ กล่าวคือมีแนวโน้มที่มีทัศนคติในทางลบ เข้าใจว่าคนข้ามชาติเป็นภาระต่อประเทศไทย มาแย่งใช้บริการสุขภาพของรัฐที่ได้มาจากภาษีของคนไทย เป็นพาหะนำโรคติดต่อต่างๆ รวมทั้งมีความคิดว่า การมีประชากรข้ามชาติจะเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของประเทศไทย ซึ่งข้อเท็จจริง แรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย ช่วยทดแทนแรงงานไทยที่ขาดแคลนในภาคอุตสาหกรรม การเกษตร ปศุสัตว์ ก่อสร้าง และประมงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากสถิติของกระทรวงแรงงานระบุว่า กำลังผลิตของแรงงานข้ามชาติ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประเทศ (GDP : Gross Domestic Product) ในปี พ.ศ.2545 และร้อยละ 5 ในปี พ.ศ.2550¹⁷ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า แรงงานข้ามชาติมีส่วนในการสร้างความมั่งคั่งทางเศรษฐกิจให้กับประเทศไทยด้วย

¹⁷ องค์การระหว่างประเทศด้านการโยกย้ายถิ่นฐาน และเครือข่ายองค์กรด้านแรงงานข้ามชาติ (MWG), 2552.



ทางออกที่สำคัญของการแก้ไขปัญหาการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพในประชากรข้ามชาติ จึงควรเริ่มจากวิธีคิด และวิธีปฏิบัติต่อประชากรข้ามชาติในฐานะที่เป็นมนุษย์ที่อาศัยอยู่บนผืนแผ่นดินไทย トラバドイที่ไม่สามารถหยุดยั้งการพัฒนาแบบไร้ขีดจำกัดของโลกทุนนิยม ความต้องการแรงงานและการย้ายถิ่นข้ามชาติไปสู่ประเทศที่มีงานทำ และชีวิตที่ดีกว่าก็คงดำเนินต่อไป ซึ่งระบบสุขภาพไทยควรมีการปรับตัวและมองไปข้างหน้าเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้อย่างยั่งยืน และการปรับทัศนคติจากภาระของการทำงานให้เป็นความท้าทายต่อการคิดค้นนวัตกรรมในเชิงระบบและนโยบายที่สอดคล้องกับสถานการณ์ เพื่อเป็นแนวทางในการนำไปสู่สุขภาวะของคนทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยต่อไป

2.5 หน่วยงานที่ดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติ

หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านสุขภาพสำหรับประชากรข้ามชาติในประเทศไทย ประกอบไปด้วย หน่วยงานรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ ดังต่อไปนี้

ภาครัฐ มีกระทรวงที่เกี่ยวข้อง 2 กระทรวงหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงแรงงาน

- ◆ **กระทรวงสาธารณสุข** มีสำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวง และกรมการแพทย์ รับผิดชอบการกำหนดนโยบายในด้านแนวทางการตรวจและประกันสุขภาพ รวมทั้งควบคุมกำกับกับการดำเนินงาน ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติที่อยู่ในระบบประกันสุขภาพ ผ่านโรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่รับประกันสุขภาพในทุกจังหวัด นอกจากนี้ ยังมีสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ มีบทบาทในการกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับประชากรทั้งหมด ทั้งคนไทย กลุ่มชาติพันธุ์ และคนข้ามชาติ ที่อยู่ในพื้นที่ชายแดนที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้านทั้ง 4 ประเทศ คือ พม่า ลาว กัมพูชาและมาเลเซีย โดยมีจุดเน้นที่จังหวัดใน



เขตพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าเป็นหลัก ทั้งนี้หากเป็นการดำเนินงานในประเด็นด้านการควบคุมโรคหรือการส่งเสริมสุขภาพ กรมควบคุมโรคและกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก็มีส่วนร่วมดำเนินงานในประเด็นที่เกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตาม ไม่ปรากฏว่ามีหน่วยงานหรือมีบุคลากรภายใต้กรมควบคุมโรคและกรมอนามัยที่ดูแลรับผิดชอบในด้านการควบคุมโรค/การส่งเสริมสุขภาพของประชากรข้ามชาติโดยเฉพาะ

- ♦ **กระทรวงแรงงาน** มีสำนักงานประกันสังคม รับผิดชอบกำกับกำกับการให้บริการสุขภาพภายใต้การประกันสังคม โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือ แรงงานข้ามชาติ ตามมาตรา 9 ที่นำเข้าอย่างถูกต้องจากประเทศต้นทางและผ่านการพิสูจน์สัญชาติที่สอดคล้องกับเกณฑ์ในการเข้าสู่ระบบประกันสังคมได้

องค์กรระหว่างประเทศ องค์การระหว่างประเทศที่ให้ความสำคัญกับสุขภาพประชากรข้ามชาติในประเทศไทย เช่น

- ♦ **องค์การอนามัยโลก** (WHO : World Health Organization) ประจำประเทศไทย ประเด็นสุขภาพประชากรข้ามชาติ (health of migrants) ได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกใน พ.ศ.2551 ให้เป็นความท้าทายทางสาธารณสุขในประเทศไทย องค์การอนามัยโลกได้ดำเนินงานร่วมกับสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มพัฒนาโครงการทางด้านสาธารณสุขชายแดนตั้งแต่ พ.ศ.2544 ในเขตจังหวัดชายแดนไทย-พม่า ในด้านความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ระบบฐานข้อมูลสุขภาพ และการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต่อมาได้มีการร่วมกับทางกระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานในด้านนี้ เพื่อพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขสำหรับประชากรชายแดน ปัจจุบันยุทธศาสตร์นี้ได้รับการรับรองอย่างเป็นทางการจากกระทรวงสาธารณสุข



- ♦ **องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน** (IOM : International Organization Migration) ประจำประเทศไทย มีประเด็นงานด้านสุขภาพการโยกย้ายถิ่นฐาน (Migration Health) โดยมุ่งเน้นที่การขับเคลื่อนเพื่อพัฒนานโยบาย ระบบและการบริการสุขภาพ รวมทั้งพัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- ♦ **กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ** (United Nations Population Fund : UNFPA) มีโครงการด้านอนามัยเจริญพันธุ์และการพัฒนาประชากรในระหว่างปี พ.ศ.2549-2554 แม้ไม่ได้ระบุประชากรข้ามชาติไว้ในแผนหลัก แต่ก็ให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรข้ามชาติด้วย

ภาคเอกชน จากการที่ภาครัฐของประเทศไทยตอบสนองต่อปัญหาสาธารณสุขในประชากรข้ามชาติได้อย่างค่อนข้างจำกัด จึงมีหน่วยงานพัฒนาเอกชนที่หลากหลายทำงานพัฒนาสุขภาพในด้านนี้ โดยมีมุมมองว่ากลุ่มประชากรข้ามชาติเป็นกลุ่มด้อยโอกาสหนึ่งในสังคมไทยที่ถูกกละเลย การดำเนินงานเพื่อพัฒนาประชากรข้ามชาติในภาพรวมครอบคลุมมิติต่างๆ ได้แก่ สิทธิและการคุ้มครองแรงงาน สุขภาพ การศึกษา การค้ามนุษย์ และกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น

ด้านสุขภาพ มีองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งได้รับการสนับสนุนการดำเนินงานจากแหล่งทุนต่างๆ เช่น กองทุนโลกด้านเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria) มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ (Rockefeller Foundation) หน่วยงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (USAID : US Agency for International Development) เป็นต้น ให้ดำเนินงานโครงการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันดูแลรักษาวัณโรค การอนามัยเจริญพันธุ์ เป็นต้น ซึ่งร่วมงานอย่างใกล้ชิดกับภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และให้ความสำคัญกับการพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพในภาพรวมด้วย



องค์กรภาคเอกชนที่ทำงานกับประชากรข้ามชาตินี้ โดยรวมแล้วมีพื้นที่ดำเนินงานครอบคลุมเกือบทุกจังหวัดที่มีประชากรข้ามชาติหนาแน่น และไม่พบการทำงานที่ซ้ำซ้อนกันการทำงานด้านอื่นๆ ที่นอกเหนือจากสุขภาพ เช่น การค้ามนุษย์ สิทธิและการคุ้มครองแรงงาน มักต้องเรียกร้องความถูกต้องเป็นธรรมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่การทำงานด้านสุขภาพในแต่ละพื้นที่ มักเป็นลักษณะเกื้อกูลและสนับสนุนซึ่งกันและกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคธุรกิจ และภาคประชาสังคม

นอกจากนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนยังมีการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายทั้งในระดับประเทศ และระดับอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง ดังต่อไปนี้

- ◆ **เครือข่ายในระดับประเทศ** ได้แก่ เครือข่ายฟ้ามิตร (PHAMIT: Prevention of AIDS among Migrant Workers in Thailand ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547-ปัจจุบัน www.phamit.org) เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านแรงงานข้ามชาติ (MWG : Migrant Working Group ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549-ปัจจุบัน www.mwg.org) เครือข่ายปฏิบัติการเพื่อแรงงานข้ามชาติ (ANM : Action Network for Migrants) เป็นต้น
- ◆ **เครือข่ายในระดับอนุภูมิภาคลุ่มแม่น้ำโขง** ได้แก่ MMN (Mekong Migration Network www.mekongmigration.org) ก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2546 ประกอบไปด้วยสมาชิกจากประเทศไทย ลาว กัมพูชา มณฑลในประเทศจีนตอนล่าง เวียดนามและพม่า องค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศไทยหลายองค์กรก็เป็นสมาชิกในเครือข่ายอนุภูมิภาคนี้ด้วย

นอกจากองค์กรพัฒนาเอกชนดังกล่าว ยังมีหน่วยงานเอกชนในประเทศไทยที่สนับสนุนการทำงานในประชากรข้ามชาติ ได้แก่ สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งประเทศไทย สภานายความ เป็นต้น

ภาคประชาสังคม อาจกล่าวได้ว่า ภาคประชาสังคมของคนข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยเฉพาะกลุ่มที่มาจากประเทศพม่า ค่อนข้างมีหลากหลายและมีความเข้มแข็ง โดยมีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือคนสัญชาติ/



เชื้อชาติเดียวกันกับตนเองที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ภาคประชาสังคมเหล่านี้มีทั้งที่ขึ้นทะเบียนเป็นองค์กรหรือมูลนิธิ หรืออาจรวมตัวกันเป็นกลุ่มภายใต้ร่มเงาขององค์กร/มูลนิธิต่างๆ ที่จดทะเบียนในประเทศไทย โดยทั่วไปองค์กร/กลุ่มภาคประชาสังคมเหล่านี้มักดำเนินกิจกรรมการให้ความช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่ สังคมสงเคราะห์ การศึกษา และสิทธิแรงงานด้วย จุดแข็งขององค์กร/กลุ่มในด้านการสื่อสารภาษาและความเข้าใจวัฒนธรรมเดียวกัน ทำให้หน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชนพยายามที่จะร่วมมือกับภาคประชาสังคมเหล่านี้ในการพัฒนางานด้านสุขภาพในกลุ่มชุมชนข้ามชาติต่างๆ

ปัจจุบันไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าภาคประชาสังคมของคนข้ามชาติมีกี่กลุ่ม และจำนวนเท่าไร อย่างไรก็ตาม จากการทำงานขององค์กรแพธในการป้องกันเอดส์ในประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร ระหว่าง พ.ศ.2549-2552 พบว่า สามารถสร้างความร่วมมือกับภาคประชาสังคมข้ามชาติได้มากกว่า 10 กลุ่ม ในชุมชนเป้าหมาย 14 ชุมชนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรข้ามชาติได้มากกว่าการทำงานโดยใช้เจ้าหน้าที่คนไทยเพียงลำพัง

บทที่ 3

การทำสำมะโนประชากร ข้ามชาติภาคสนาม



การกำสำมะโนประชากรข้ามชาติภาคสนาม

3.1 พื้นที่เป้าหมาย

การวิเคราะห์เปรียบเทียบจำนวนประชากรข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ในเขตกรุงเทพมหานคร จากฐานข้อมูลของหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ 1) สำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน 2) สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย และ 3) สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร ร่วมกับการหาหรือผู้เกี่ยวข้อง/รับผิดชอบ ถึงที่มาของข้อมูล วิธีการจัดเก็บ ความเป็นปัจจุบันของข้อมูล และสภาพปัญหาของการได้มาซึ่งข้อมูล ในบริบทของนโยบายการจัดระบบแรงงานข้ามชาติที่ผันแปรทุกปีพบว่า แต่ละฐานข้อมูลมีความเหลื่อมทับซ้อนกัน และ/หรือ จัดเก็บข้อมูลในกลุ่มที่แตกต่างกัน เช่น แรงงาน ผู้ติดตาม เป็นต้น ทำให้การเทียบฐานข้อมูลแต่ละฐานเป็นไปได้ค่อนข้างยาก

ดังนั้นเพื่อให้การคาดประมาณประชากรข้ามชาติในการศึกษานี้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อการนำไปใช้ในอนาคต จึงได้เลือกพื้นที่การศึกษาให้สอดคล้องกับกรอบพื้นที่



สำมะโนประชากรของสำนักงานสถิติแห่งชาติ หรือ Census Block ซึ่งเป็นหน่วยแจงนับ (Enumeration Area : EA) เป็นแนวทางในการสำรวจเพื่อเปรียบเทียบและค้นหาแนวทางในการคาดประมาณประชากรร่วมกับฐานข้อมูลอื่นๆ โดยใช้ข้อมูลสำมะโนประชากรเป็นแนวทางในการกำหนดพื้นที่สำรวจ แบ่งออกเป็นหนาแน่นมาก ปานกลาง และน้อย และมีการสุ่มตัวอย่างในลักษณะนําร่องที่เพียงพอต่อการนำไปใช้ในการศึกษาหาแนวทางการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ และต้องมีการทำงานอย่างใกล้ชิดกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการใช้ข้อมูลแจงนับและนับจุดตาม Census Block ที่สุ่มสำรวจโดยการนับจุด หมายถึง การนับและจดบันทึกครัวเรือนทุกประเภท รวมทั้งสิ่งก่อสร้างทั้งหมดภายในชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน ส่วนการแจงนับหมายถึง การแจกแจงรายละเอียดเกี่ยวกับข้อเท็จจริงที่สนใจ

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้ให้ความร่วมมือในการจำแนกข้อมูลจำนวนคนข้ามชาติที่ไม่มีสัญชาติไทย ออกเป็นคนข้ามชาติที่มีสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชาและอื่นๆ เพื่อนำมาใช้ในการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ เป้าหมายในลักษณะ Triangular ซึ่งจะนำมาคำนวณและวิเคราะห์เปรียบเทียบกับฐานข้อมูลอื่นๆ ด้วย

เนื่องจากการศึกษานี้ถือเป็นโครงการศึกษาวิจัยนําร่อง และด้วยข้อจำกัดของงบประมาณและกรอบระยะเวลาการทำงาน จึงได้สุ่มเลือก EA ที่จะลงเก็บข้อมูลตามหลักการทางสถิติ จำนวน 21 EA โดยเป็นการสุ่มเลือกจาก EA ทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร โดยแบ่ง EA ออกเป็น 3 กลุ่มตามความหนาแน่นมาก ปานกลาง น้อย โดยการสุ่มเลือก EA ในการศึกษาเริ่มต้นจกตารางข้อมูลแจกแจงความถี่จำนวน EA ที่มีประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย จากการสำมะโนประชากรและเคหะ ปี พ.ศ.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 ที่มีประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยตามช่วงจำนวนประชากร 7 ช่วง เริ่มต้นตั้งแต่จำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย 1-50 คน ไปจนถึงมากกว่า 1,000 คน โดยแต่ละช่วงมีจำนวนประชากรไม่เท่ากัน เมื่อนำค่ากลางของช่วงจำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยและจำนวน EA ในแต่ละช่วงมาคำนวณจะได้จำนวนประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยตามตารางดังต่อไปนี้



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

จากตารางข้างต้นจะเห็นว่าจำนวนประชากรทั้งหมดที่ไม่มีสัญชาติไทยช่องที่(4) มีจำนวนรวมใกล้เคียงกันเป็น 3 กลุ่ม มีเกณฑ์การจำแนกเพื่อสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบความหนาแน่นของประชากร ดังนี้

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

เมื่อจำแนกกลุ่ม 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	คันนายาว	บางแค	ป้อมปราบฯ	บางกะปิ
	ลำดับที่ EA	9	16	105	6	56
ปานกลาง	เขต	ราชเทวี	สาทร	สวนหลวง	ดินแดง	ห้วยขวาง
	ลำดับที่ EA	10	8	16	11	7
มาก	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 หากได้ลำดับที่ตรงกับสถานที่ ซึ่งมีแนวโน้มว่าไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ ก็จะขยับไปพื้นที่ตัวเลขถัดไป

การศึกษาได้สุ่มตัวอย่าง EA เพื่อทดสอบแบบสอบถามจำนวน 1 EA โดยสุ่มตัวอย่างในลักษณะเจาะจงในเขตบางขุนเทียนที่มีชุมชนแรงงานข้ามชาติที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนดำเนินการอยู่ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกในการฝึกเก็บข้อมูลของเจ้าหน้าที่ภาคสนาม

หลังจากการเก็บข้อมูลในพื้นที่ 15 EA แล้ว ได้มีการปรึกษารื้อกับสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อร่วมกันพิจารณาข้อมูลที่เก็บได้ในภาคสนามที่ได้มีการประมวลเบื้องต้นพบว่า EA ที่ทางทีมสุ่มสำรวจมีจำนวนทั้งสิ้น 5 EA ที่ทางสำนักงานสถิติแห่งชาติมีแต่ข้อมูลนับจุด แต่ไม่มีข้อมูลแรงงาน ทั้งนี้พบว่า ข้อมูลที่ควรนำมาเพื่อใช้ในการคำนวณเพื่อการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ คือข้อมูลแรงงาน ดังนั้นจึงได้มีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติมอีกจาก 5 EA การสุ่มเลือกครั้งที่สองจึงตั้งอยู่บนเงื่อนไขเพิ่มเติมที่ว่า จะต้องเป็น EA ที่มีข้อมูลแรงงานด้วย



ดังนั้น พื้นที่ในการเก็บข้อมูลภาคสนามในการศึกษานี้มีทั้งหมดรวมทั้งสิ้น 21 EA โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4 พื้นที่ในการเก็บข้อมูลภาคสนามแบ่งตามความหนาแน่น

ความหนาแน่น	ลำดับ	ตั้งอยู่ที่เขต	เลขที่ EA
กลุ่มความหนาแน่น มาก	1	เขตคลองเตย	EA 131
	2	เขตหนองแขม	EA 177
	3	เขตทุ่งครุ	EA 178
	4	เขตบางบอน	EA 254
	5	เขตบางขุนเทียน	EA 258
กลุ่มความหนาแน่น ปานกลาง	6	เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย	EA 3
	7	เขตบางกอกน้อย	EA 13
	8	เขตภาษีเจริญ	EA 24
	9	เขตสวนหลวง	EA 29
	10	เขตห้วยขวาง	EA 50
กลุ่มความหนาแน่น น้อย	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

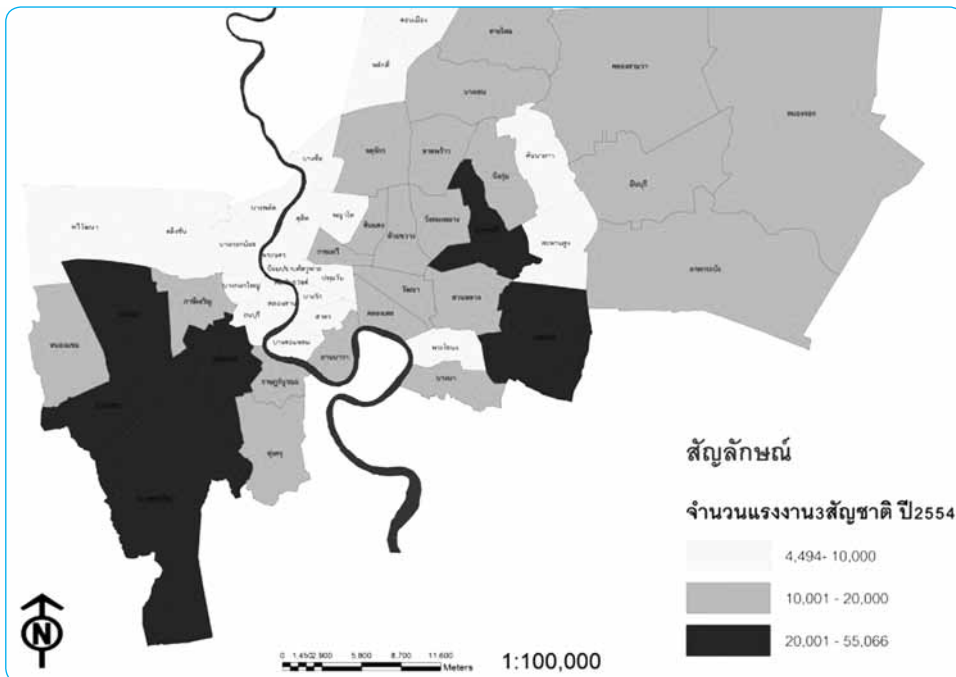


การทำสำมะโนประชากรข้ามชาติในการศึกษานี้ เมื่อดูตำแหน่งที่ตั้งของ EA ที่ สุ่มตัวอย่างเพื่อการสำรวจทั้ง 21 แห่งตามเขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร พบว่า มีการกระจายตามเขตต่างๆ โดยตั้งอยู่ในพื้นที่ 19 เขตการปกครองของกรุงเทพมหานคร ดังแผนภาพที่ 1 ทั้งนี้พบว่า มีความสอดคล้องกับการกระจายตัวของฐานข้อมูลแรงงานข้ามชาติที่พบความหนาแน่นของแรงงานในด้านตะวันตกของกรุงเทพมหานครที่มี อาณาเขตติดกับจังหวัดสมุทรสาครและนครปฐม ซึ่งมีประชากรข้ามชาติหนาแน่นเช่นเดียวกัน

[illegible]



แผนที่ 3 ความหนาแน่นของแรงงานข้ามชาติแยกตามรายเขตในกรุงเทพมหานคร



เมื่อนำแผนที่ตำแหน่งที่ตั้งของพื้นที่สำรวจมาเปรียบเทียบกับความหนาแน่นของแรงงานข้ามชาติจากข้อมูลในปี พ.ศ.2554 พบว่า Census Block ที่ได้ทำการสำรวจทั้ง 20 EA นั้น ได้ครอบคลุมพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติในเขตหนาแน่นมาก หนาแน่นปานกลาง และหนาแน่นน้อย

3.2 เครื่องมือและแนวทางในการศึกษาภาคสนาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ใช้แบบสอบถามสองภาษา (ไทย-พม่า) เพื่อให้ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามที่เป็นทั้งคนไทยและอาสาสมัครข้ามชาติซึ่งส่วนใหญ่ใช้ภาษาพม่าได้ ทำงานร่วมกันเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและได้ข้อมูลที่สมบูรณ์



ทีมเก็บข้อมูลภาคสนามได้รับการเตรียมความพร้อมโดยการจัดการอบรมเพื่อทำความเข้าใจในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเรื่องการจัดระบบแรงงานข้ามชาติสัญชาติพม่า ลาวและกัมพูชา ความเป็นอยู่และการทำงานในกรุงเทพมหานคร เอกสารประจำตัวประเภทต่างๆ ความรู้เบื้องต้นในเรื่องการคุมกำเนิด การฝากครรภ์และตารางการรับวัคซีน สมุดบันทึกสุขภาพ รวมทั้งการทำความเข้าใจกับแบบสอบถามที่ใช้ในการสำรวจภาคสนาม

ในการเก็บข้อมูลภาคสนาม ใช้ผู้สัมภาษณ์ที่สื่อสารภาษาเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งส่วนใหญ่คือภาษาพม่า รองลงมาคือภาษามอญ และมีส่วนน้อยที่ใช้ภาษากะเหรี่ยง ภาษาเขมร และภาษาไทยใหญ่ ข้อมูลจากภาคสนาม สามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ

- 1) **แบบสอบถาม ก :** เก็บข้อมูลทุกคนที่อาศัยในครัวเรือน แบ่งเป็น
 - a. **ส่วนที่หนึ่ง** ข้อมูลบ้านประกอบไปด้วยลักษณะที่อยู่อาศัย จำนวนสมาชิก และจำนวนผู้อยู่อาศัยสัญชาติไทย และต่างชาติ จำนวนคนต่างชาติที่อาศัยอยู่ในบ้าน
 - b. **ส่วนที่สอง** ข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วย สัญชาติ ภาษาที่ใช้ เพศ อายุ การศึกษา เอกสารประจำตัว อาชีพ รายได้ บ้านเกิด และการย้ายถิ่นในช่วง 2 ปี
- 2) **แบบสอบถามข:** แบบสอบถามครอบครัวเก็บข้อมูลทุกครอบครัวที่มีสถานะการอาศัยอยู่เป็นคู่ แบ่งเป็น
 - a. **ส่วนที่สาม** ข้อมูลการคุมกำเนิด ความเข้าใจต่อใบรับรองการเกิดและสูติบัตร
 - b. **ส่วนที่สี่** ข้อมูลการเกิดมีชีพของลูก ประเทศที่เกิด สถานที่เกิด และการอาศัยอยู่ในปัจจุบัน
 - c. **ส่วนที่ห้า** ข้อมูลลัทธิโพลิโอและการจัดการความเจ็บป่วยโดยสัมภาษณ์เฉพาะแม่ที่มีลูกอายุ 0-15 ปี ที่ปัจจุบันอาศัยอยู่ในประเทศไทย
- 3) **แบบสอบถาม ค :** แบบสอบถามลูก เก็บข้อมูลแม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แบ่งเป็น



- a. ชุด A สัมภาษณ์แม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-2 ปี อาศัยอยู่ในประเทศไทย
ครอบคลุมเรื่องการฝากท้อง การดูแลหลังคลอด การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
วัคซีน โภชนาการ และการดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วย
- b. ชุด B สัมภาษณ์แม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 3-5 ปี ครอบคลุมการเลี้ยงลูก
ด้วยนมแม่ วัคซีน โภชนาการ และการดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วย

สำนักงานสถิติแห่งชาติได้อนุเคราะห์แผนที่ของแต่ละ EA ที่ระบุถึงอาณาเขต และครัวเรือนในพื้นที่ของ EA นั้นๆ การลงเก็บข้อมูลทั้ง 21 EA เป็นการเก็บข้อมูลตามแบบสำมะโนประชากรและการเคหะแบบเจนนับ คือ เก็บรายละเอียดของประชากรทุกคนในทุกครัวเรือนที่พักอาศัยใน EA นั้น ซึ่งในทางปฏิบัตินั้น การเข้าเก็บข้อมูล 1 ครั้ง ไม่สามารถจะเก็บได้ทุกครัวเรือน เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายซึ่งเป็นประชากรข้ามชาติ ซึ่งเป็นแรงงานที่มีลักษณะการทำงานเป็นกะ บางรายมีการทำงานล่วงเวลา ดังนั้น การเก็บข้อมูลจึงต้องมีทีมสำรวจล่วงหน้า เพื่อเข้าไปหาข้อมูลความเป็นอยู่ ช่วงการทำงาน และช่วงที่อาศัยอยู่ที่บ้าน เมื่อมีความชัดเจน จึงส่งทีมเก็บข้อมูลไปเก็บข้อมูลตามเวลาที่ประชากรดังกล่าวอาศัยอยู่ที่บ้าน

ในการเก็บข้อมูล จะใช้ความพยายามในการเก็บข้อมูล 3 ครั้งต่อ 1 ครัวเรือน การศึกษาภาคสนามพบกรณีที่กลุ่มเป้าหมายไม่สะดวกหรือปฏิเสธการให้ข้อมูล เช่น ประชากรข้ามชาติในเขตบางกะปิ ไม่กล้าให้ข้อมูลเนื่องจากความเกรงกลัวเพราะมีตำรวจลงพื้นที่ก่อนหน้านี้ หรือในพื้นที่ตลาดคลองเตยที่กลุ่มเป้าหมายต้องทำงานตลอดเวลาไม่สามารถหยุดทำงานเพื่อมาให้ข้อมูลได้ นอกจากนี้ ยังพบกรณีที่เป็นครีวเรือนหรือบ้านที่มีสภาพไม่น่าที่จะเป็นที่ยู่ออาศัยได้ เช่น เป็นเพิงพัก และห้องแถวไม่มีบ้านเลขที่ การศึกษาพบบ้านที่เพิ่มเติมจากแผนที่EA จากการสำมะโนประชากรและเคหะปี 2553 จึงได้มีบันทึกบ้านที่มีสภาพการอยู่อาศัย หรือมีการปลูกเพื่่ออยู่อาศัยเพิ่มเติมลงในแผนที่ EA ด้วย เพื่อที่ทางสำนักงานสถิติแห่งชาติจะได้นำไปใช้ในการสำรวจครั้งต่อไป



3.3 ข้อมูลทั่วไปของประชากรข้ามชาติที่ศึกษา

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 ลาวและกัมพูชา มีความหนาแน่นใน EA ที่ลุ่มตัวอย่างในเขตบางขุนเทียนและเขตบางบอนมากที่สุด ซึ่งมีลักษณะการตั้งอยู่ของชุมชน เป็นชุมชนของประชากรข้ามชาติค่อนข้างชัดเจน รองลงมาเป็นพื้นที่ตลาด ในเขตคลองเตย เขตบางแค เขตพระนคร และพื้นที่โรงงาน ในเขตทุ่งครุ เขตภาษีเจริญ และเขตหนองแขม พื้นที่แคมป์ของแรงงานก่อสร้างในเขต จตุจักร เขตราชเทวี การศึกษาไม่พบประชากรสามสัญชาติใน EA ที่ลุ่มตัวอย่างในเขต ห้วยขวาง เขตบางกอกน้อยและเขตปทุมวัน ซึ่งจากการสอบถามคนไทยและข้ามชาติ ที่พบในพื้นที่ พบว่าบางส่วนทำงานในพื้นที่ EA ที่ลงเก็บข้อมูลแต่พักอาศัยอยู่นอก พื้นที่ EA ทำให้ไม่มีข้อมูลสำมะโนของประชากรข้ามชาติในพื้นที่ดังกล่าว

คนต่างชาติที่พบในพื้นที่ 21 EA เป็นคนต่างชาติในกลุ่ม 3 สัญชาติมากที่สุด คือ 1,847 คน คิดเป็น 96.70% โดยในกลุ่มนี้เป็นคนพม่าจำนวนมากที่สุด คือ 81.57% ของคนต่างชาติทั้งหมด รองลงมาคือกัมพูชาและลาว นอกจากนี้ ยังเป็นคนชาติอื่นๆ เช่น อินเดีย อัฟริกัน รวม 48 คน และชนกลุ่มน้อย 5 คน และมีคนต่างชาติที่ไม่ตอบ ว่าตัวเองเป็นคนชาติใดอีก 10 คน ดังแสดงในตารางที่ 5



ตารางที่ 5 จำนวนประชากรข้ามชาติที่สำรวจได้ใน 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						

กลุ่มประชากรข้ามชาติสัญชาติพม่า 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

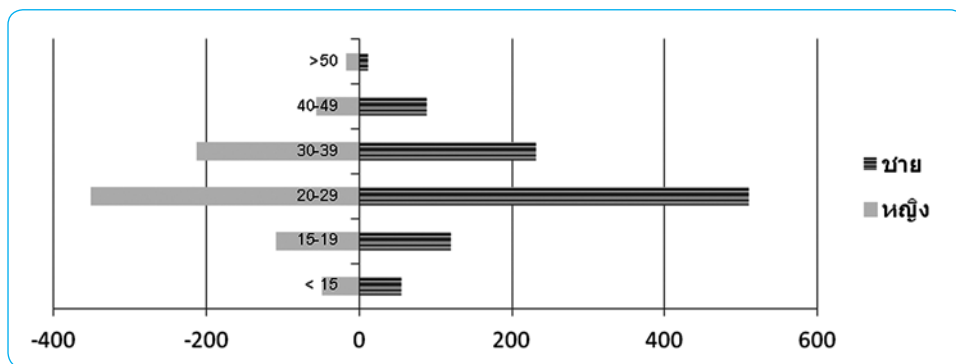
ตารางที่ 6 ประชากรข้ามชาติสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา จำแนกตามช่วงอายุและเพศ

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



เมื่อนำช่วงอายุของประชากรข้ามชาติที่สำรวจ มาทำเป็นแผนภาพปิรามิด โดยแยกตามกลุ่มอายุและเพศ พบว่า ภาพปิรามิดประชากรข้ามชาติสัญชาติพม่า ลาว และ กัมพูชา ในพื้นที่สุ่มสำรวจ 21 EA ในเขตกรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่กลุ่มเป้าหมายเป็นประชากรวัยทำงาน ดังต่อไปนี้

ผังภาพที่ 3 ปิรามิดประชากรข้ามชาติ สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ในพื้นที่ศึกษา



การศึกษาพบว่า ประชากรข้ามชาติส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ มัธยมศึกษาตอนต้น เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาแยกตามเพศ พบว่า มีสัดส่วนไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 7 ทั้งนี้พบว่า ร้อยละ 20 หรือประมาณ หนึ่งในห้าของประชากรข้ามชาตินี้ไม่ได้เรียนหนังสือ และพบผู้ที่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าในสัดส่วนที่น้อยมาก



ตารางที่ 7 ประชากรข้ามชาติแยกตามเพศ 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 โดยให้ประชากรข้ามชาติที่สัมภาษณ์นำบัตรมาแสดงให้ดูด้วย อย่างไรก็ตาม ข้อมูลในเรื่องบัตรเป็นคำถามที่มีความละเอียดอ่อน ซึ่งผู้ตอบอาจยังไม่คุ้นเคยและรู้สึกไว้วางใจ ทำให้พบว่าจำนวนหนึ่งที่ไม่ตอบคำถาม หรืออาจจะตอบไม่จริง เพราะไม่ทราบเจตนาในการถาม อย่างไรก็ตาม พบว่า กลุ่มที่ศึกษาถือครองบัตรดังแสดงในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 8 ประชากรข้ามชาติ แยกตามการมีบัตรและไม่มีบัตร

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



การศึกษานี้ได้ตัดสินใจนำสัดส่วนของผู้มีบัตรแรงงานจากการศึกษาและจากฐานข้อมูลแรงงานข้ามชาติของกระทรวงแรงงาน มาใช้ในการคาดประมาณประชากร แต่ปัญหาที่พบคือ ประชากรข้ามชาติส่วนใหญ่มีบัตรมากกว่า 1 ประเภท โดยประชากรข้ามชาติถึงร้อยละ 70.7 ถือบัตรมากกว่า 1 ใบ ทำให้ผู้วิจัยจำเป็นต้องมีการตีความการถือครองประเภทบัตรต่างๆ เพื่อนำมาใช้เทียบสัดส่วนกับจำนวนผู้จดทะเบียนแรงงานในช่วงเวลาเดียวกับการศึกษา กล่าวคือ

แรงงานที่ผ่อนผันจดทะเบียนรายปี ตามมาตรา 13 จะถือบัตรอนุญาตทำงานประเภทรายปี แต่เนื่องจากปัญหาการได้รับบัตรในรอบปีจดทะเบียน พ.ศ.2554 ที่สำนักจัดหางานไม่สามารถจัดทำบัตรให้แก่แรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนได้ โดยแรงงานจะได้รับบัตรชั่วคราวซึ่งเป็นเอกสารที่ไม่มีรูปเจ้าของบัตร นอกจากนี้ยังพบแรงงานจำนวนมากที่แม้มีบัตรก็ถูกนายจ้างยึดบัตรไป ทำให้ไม่สามารถแสดงบัตรได้ ปัญหาดังกล่าวสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบการมีบัตรประเภทนี้น้อย คือเพียงร้อยละ 39.6 เท่านั้น ทั้งๆ ที่แรงงานส่วนใหญ่จดทะเบียนประเภทนี้ ดังนั้น จึงใช้เอกสาร ทร.38/1 แทนและถือว่ากลุ่มที่มีเอกสารนี้คือกลุ่มที่มีบัตรแรงงานข้ามชาติผ่อนผันรายปี เนื่องจากแรงงานประเภทนี้ต้องผ่านการทำบัตร ทร.38/1 ก่อนจึงจะสามารถขึ้นทะเบียนแรงงานได้ อีกทั้ง รอบการจดทะเบียนตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา ครอบครัวและผู้ติดตามของแรงงานไม่สามารถทำเอกสาร ทร. 38/1 ได้ และแม้ว่าจะมีการอนุญาตให้ทำเอกสารนี้ให้กับบุตรของแรงงานข้ามชาติที่อายุต่ำกว่า 15 ปีในปี 2552 แต่กลุ่มนี้จะถูกตัดออกจากการคำนวณไป

แรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติตามมาตรา 9 จะมีเอกสารคือหนังสือเดินทางชั่วคราว และใบอนุญาตทำงานตามมาตรา 9 หลายกรณีพบว่า แรงงานได้ไปพิสูจน์สัญชาติแล้วแต่ยังไม่มาขึ้นทะเบียนแรงงานใหม่ทำให้ไม่มีบัตรแรงงานตามมาตรา 9 แม้ว่าจะยังไม่ได้รับบัตรทำงาน ถือว่ากลุ่มที่มีหนังสือเดินทางชั่วคราวนั้น เป็นกลุ่มที่มีบัตรแรงงานข้ามชาติในระบบ ซึ่งการตีความนี้สอดคล้อง



กับการจัดเก็บฐานข้อมูลแรงงานของสำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กล่าวคือ กรณีแรงงานข้ามชาติที่พิสูจน์สัญชาติแล้วได้หนังสือเดินทาง แต่ยังมีได้ทำบัตรแรงงานก็จะมีข้อมูลอยู่ในฐานข้อมูลแรงงานในระบบการจดทะเบียนรายปี

แรงงานที่นำเข้าจากประเทศต้นทางตามมาตรา 9 จะมีเอกสารประจำตนคือ หนังสือเดินทางและเอกสารสัญญาแนบประกอบกับหนังสือเดินทาง ซึ่งพบว่า เอกสารสัญญาประกอบหนังสือเดินทางนั้นมักอยู่กับนายจ้าง จึงมีเพียงหนังสือเดินทางเท่านั้นที่เก็บไว้ที่แรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ หนังสือเดินทางของแรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและแรงงานที่นำเข้าจากประเทศต้นทางนั้นมีลักษณะเหมือนกัน ดังนั้น จึงไม่อาจแยกแยะแรงงานกลุ่มนี้จากแรงงานที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติได้ อย่างไรก็ตาม ก็ถือว่าแรงงานเหล่านี้เป็นแรงงานข้ามชาติในระบบฐานข้อมูล

ผู้ถือบัตรประจำตัวคนซึ่งไม่มีสัญชาติไทย เป็นบัตรที่ออกโดยกระทรวงมหาดไทย สำหรับผู้ที่คนข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยชอบด้วยกฎหมายในลักษณะชั่วคราว และ คนข้ามชาติที่เข้าเมืองโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย รวมทั้งบุตรของบุคคลเหล่านี้ ซึ่งเกิดในประเทศไทย และลูกของแรงงานข้ามชาติที่ถือพาสปอร์ตที่เข้าเมือง โดยถูกต้องตามกฎหมาย ผู้ที่ถือบัตรประเภทนี้ รวมถึงผู้อาศัยอยู่ในชุมชนบน พื้นที่สูงด้วย การศึกษาพบผู้มีบัตรประจำตัวนี้ร้อยละ 2.0 และจำนวนหนึ่งพบว่า มีบัตรประจำตัวแรงงานข้ามชาติประเภทใดประเภทหนึ่ง อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ถือบัตรนี้จะถูกตัดออกไปจากสัดส่วนของผู้ถือบัตรแรงงานข้ามชาติ

ผู้ถือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน เป็นบัตรที่ออกตามระเบียบสำนักทะเบียนกลางว่าด้วยการสำรวจและจัดทำทะเบียน สำหรับบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียน พ.ศ.2548 การสำรวจนี้พบผู้ที่ถือบัตรประจำตัวบุคคลที่ไม่มีสถานะทางทะเบียนร้อยละ 0.7 ซึ่งกลุ่มนี้จะถูกตัดออกไปจากสัดส่วนของผู้ถือบัตรแรงงานข้ามชาติ



ผู้มีเอกสาร ทร. 1/1 เป็นเอกสารรับรองการเกิด สำหรับเด็กข้ามชาติที่เกิดในสถานพยาบาลในประเทศไทย เมื่อมีการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ กลุ่มนี้จะถูกตัดออกไปจากการคำนวณ

ผู้มีสูติบัตร เป็นเอกสารที่เด็กข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2551 เป็นต้นไป ได้รับจากสำนักงานเขต เพื่อที่จะมีชื่อในทะเบียนราษฎร และได้บัตรที่มีเลข 13 หลักเช่นเดียวกับกลุ่มที่มี ทร. 1/1 เมื่อมีการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ กลุ่มนี้จะถูกตัดออกไปจากการคำนวณ

เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของสัดส่วนในเรื่องบัตร จึงได้พิจารณาข้อมูลเรื่องบัตรในราย EA และเลือกข้อมูลผู้มีบัตรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานในประเทศไทยมาคำนวณ สัดส่วนผู้มีบัตรทำงานเท่านั้น โดยตัดกลุ่มอายุที่มีบัตรแต่ไม่มีสิทธิรับใบอนุญาตทำงาน (0-15 ปี) ออกไป จากข้อมูลทั้ง 21 EA ที่ทำการศึกษา รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

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%



EA เลขที่	สัดส่วนผู้มีบัตรประจำตัว
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 พบว่าประชากรข้ามชาติสัญชาติ 3 ส่วนใหญ่มีบัตรประจำตัวโดยเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 88.18 โดย EA ที่มีประชากรข้ามชาติที่มีบัตรมากที่สุดร้อยละ 100 และน้อยที่สุดร้อยละ 64.29 ทั้งนี้ ได้ตัด EA จำนวน 2 พื้นที่ที่ไม่พบประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติออกไป และ ตัด EA ที่ 58 ออกจากการคำนวณ เนื่องจากมีสัดส่วนการมีบัตรในจำนวนน้อยมากแตกต่างจากกลุ่มใหญ่ คือมีเพียง 5 คน ขณะที่จำนวนไม่มีบัตรสูงถึง 46 คน และไม่ตอบ 2 คน ซึ่งจะนำค่าเฉลี่ยมาใช้ในการคาดประมาณประชากรข้ามชาติโดยเทียบกับฐานข้อมูลแรงงานต่อไป

การเข้ามาอยู่อาศัยในประเทศไทยนั้น เป็นไปเพื่อการทำงาน ดังนั้น จึงพบว่าประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติที่ศึกษาส่วนใหญ่คือกลุ่มที่มีงานทำ และหากตัดกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีที่ไม่เข้าข่ายการทำงานได้ตามกฎหมาย พบการมีงานทำในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ดังแสดงในตารางที่ 10



ตารางที่ 10 ประชากรข้ามชาติแยกตามสถานะการทำงาน

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 แรงงานข้ามชาติ ทำงานเป็นกรรมกรโรงงานมากที่สุด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงทั้งชายและหญิง สำหรับแรงงานชาย ประเภทงานที่ทรงลงมา คือ กรรมกรก่อสร้างและขายของหน้าร้าน ส่วนแรงงานหญิง ประเภทงานที่ทรงลงมาคือขายของหน้าร้านและอาชีพกรรมกรก่อสร้างและคนรับใช้ในบ้านในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน สำหรับอาชีพอื่นๆพบในสัดส่วนที่น้อย ได้แก่ พนักงานเสิร์ฟอาหาร ธุรกิจต่อเนื่องประมง กรรมกรรับจ้างเซ็นหรือขนของ เป็นต้น

ในกลุ่มผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานและมีงานทำนั้น พบว่าจำนวนมากกว่าครึ่ง มีรายได้ อยู่ระหว่าง 7,000 – 9,000 บาท ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 จำนวนประชากรข้ามชาติแยกตามรายได้ต่อเดือน

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



จากตารางแสดงรายได้เฉลี่ยต่อเดือนชี้ให้เห็นว่า แรงงานข้ามชาติมีเงินเดือน 7,000 บาทขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 74.7 ซึ่งในจำนวนนี้ได้รวมถึงรายได้ที่รวมค่าล่วงเวลาแล้ว หากคิดรายได้เหล่านี้เป็นวัน ที่มีวันทำงาน 26 วันต่อเดือน (หยุดวันอาทิตย์) หมายความว่า แรงงานข้ามชาติถึงหนึ่งในสาม มีรายได้สุทธิเกินกว่ารายได้ขั้นต่ำ 300 บาทต่อวัน ที่ประเทศไทยกำลังผลักดันให้เป็นไปทั่วประเทศอยู่ในขณะนี้

ข้อค้นพบในด้านสิทธิในระบบประกันสุขภาพ มีประชากรข้ามชาติที่ตอบคำถามในเรื่องประกันสุขภาพทั้งสิ้น 1,820 คน (จาก 1,847 คน ไม่ตอบและไม่ทราบรวม 27 คน) พบว่า มีผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพ 1,259 คน หรือร้อยละ 69.2 เท่านั้น ซึ่งหมายความว่า มีประชากรข้ามชาติประมาณเกือบหนึ่งในสามที่ไม่มีสิทธิสุขภาพใดๆ เลย สำหรับผู้ที่มีสิทธิประกันสุขภาพ มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 12 ประชากรข้ามชาติแยกตามประเภทสิทธิประกันสุขภาพ

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

จากตารางข้างต้น พบว่า ประชากรข้ามชาติมีบัตรประกันสุขภาพรายปีสูงที่สุดถึงร้อยละ 95.1 รองลงมาคือประกันสังคมในสัดส่วนที่น้อยมาก โดยการมีสิทธิประกันสุขภาพมีข้อน่าสังเกตดังต่อไปนี้

- ◆ มีผู้ถือบัตรประกันสุขภาพรายปี และประกันสังคมในคนเดียว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและได้รับบัตรอนุญาตทำงานตามบันทึกข้อตกลงระหว่างประเทศซึ่งทำให้เข้าสู่ระบบประกันสังคม ขณะที่ประกันสุขภาพรายปีที่ได้ทำไว้อาจยังไม่หมดอายุ



- ◆ มีกลุ่มประชากรข้ามชาติจำนวนหนึ่งแต่น้อยมาก มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ซึ่งข้อเท็จจริงแล้วไม่น่าจะเป็นไปได้ จากการดูข้อมูลรายบุคคลในรายละเอียด พบว่ากลุ่มที่ถือบัตรทอง เป็นกลุ่มดังต่อไปนี้
 - 2 คน เป็นเด็กข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทยและได้รับสูติบัตร อาจเนื่องมาจากเด็กข้ามชาติมีเลข 13 หลัก ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำเด็กกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นข้อค้นพบในการศึกษาเชิงคุณภาพ อย่างไรก็ตาม การให้บัตรทองกับเด็กข้ามชาตินี้ในปัจจุบันยังไม่มีความชัดเจนในระดับนโยบาย
 - 2 คน เป็นแรงงานข้ามชาติที่มีหนังสือเดินทาง
 - 2 คน เป็นผู้ถือบัตรผู้ไม่มีสัญชาติไทย
 - 1 คน เป็นผู้ที่พบว่าถือบัตรแรงงานทุกประเภท หนังสือเดินทาง และทร.38/1
 - 1 คน ไม่มีเอกสารประจำตัวใดๆ เลย

การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในด้านการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามชาติกลุ่มนี้ พบพลวัตของการเคลื่อนย้ายในกรอบระยะเวลาที่แตกต่างกัน โดยมีประชากรข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นี้น้อยกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 39.4 รองลงมาคือ 1-2 ปี ร้อยละ 18.7 ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ประชากรข้ามชาติแยกตามระยะเวลาที่อาศัยในที่อยู่ปัจจุบัน

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 หากพิจารณาถึงสถานที่อยู่ก่อนที่จะย้ายมาที่ กรุงเทพมหานครมีข้อค้นพบที่น่าสนใจคือประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานครที่ทำการศึกษานั้น เกือบร้อยละ 70 เป็นการอพยพโดยตรงจากประเทศต้นทาง มากกว่าการอพยพมาจากเขตอื่นๆ ของกรุงเทพมหานครหรือจากจังหวัดอื่นๆ 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 และ จังหวัดนครปฐม (จังหวัดละ 18)
ประเทศต้นทาง	1213	69.3%	พม่า (975) กัมพูชา (180) ลาว (58)



จากข้อมูลดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่า แม้ว่าการอพยพแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านต่างๆ มายังประเทศไทย มักจะมีแบบแผนเริ่มจากจังหวัดชายแดนต่างๆ ก่อนที่จะเข้าสู่จังหวัดชั้นในที่มีค่าแรงที่ดีกว่าในเขตกรุงเทพฯ และปริมณฑล แต่สำหรับประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานครนั้น กลับพบแบบแผนนี้ไม่มากนัก ข้อค้นพบนี้ประกอบกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบชุมชนข้ามชาติที่อพยพมาจากหมู่บ้านเดียวกันแสดงให้เห็นชัดว่า ประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร มีเครือข่ายในระดับชุมชนที่ค่อนข้างเข้มแข็งที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เป็นเวลานานพอสมควร โดยจำนวนหนึ่งอาศัยอยู่ในพื้นที่เดิมเป็นเวลานาน 5-10 ปี ความเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารต่างๆ และการสื่อสารที่ทันสมัยทำให้เมื่อมีข่าวสารการจดทะเบียนแรงงานหรือมีความต้องการแรงงานในพื้นที่ก็สามารถสื่อสารให้ญาติพี่น้องและเพื่อนที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านเดียวกันในประเทศต้นทางเดินทางเข้ามาทำงานในประเทศไทย

การเปรียบเทียบกับกรอบเวลาการอยู่อาศัยในกรุงเทพมหานคร พบว่าการอาศัยอยู่ในพื้นที่ 0-1 ปี (ร้อยละ 39.4) และ 1-2 ปี (ร้อยละ 18.7) มีรวมกันถึงร้อยละ 58.1 ข้อมูลนี้สอดคล้องกับข้อคำถามในเรื่องการเข้ามาอยู่อาศัยในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรข้ามชาติที่ศึกษานี้ ย้ายเข้ามาอาศัยอยู่ในพื้นที่นี้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 50.6 อาศัยอยู่ และอีกร้อยละ 49.4 อพยพเข้ามาใหม่) จึงอาจกล่าวในเบื้องต้นที่ได้จากการศึกษานี้ว่า ในช่วงสองปี จะมีประชากรข้ามชาติเคลื่อนย้ายประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรทั้งหมด

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



ตารางที่ 15 ประชากรข้ามชาติแยกตามจำนวนครั้งที่กลับประเทศต้นทาง และสัญชาติ

จำนวนครั้งของการเดินทางกลับ N=1847 ไม่ทราบ 10 ไม่ตอบ 14 ไม่มีข้อมูล 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 ประชากรข้ามชาติจากกัมพูชาและลาว มีการเดินทางกลับบ้านในรอบสองปีโดยเฉลี่ยสูงกว่าประชากรข้ามชาติจากประเทศพม่า

หากพิจารณาเปรียบเทียบพลวัตของการเคลื่อนย้ายแรงงานในกรุงเทพมหานครตามข้อค้นพบจากรายงานนี้ กับการศึกษาในลักษณะเดียวกันของโครงการฟามิตร¹⁸ ที่ศึกษาชีวิตความเป็นอยู่ของแรงงานข้ามชาติใน 11 จังหวัดสำคัญของประเทศไทย รวมทั้งกรุงเทพมหานคร โดยศึกษาในพื้นที่กรุงเทพฯฝั่งตะวันออก 2 เขต มีข้อค้นพบว่า แรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่ในจังหวัดอื่นมาประมาณเกือบ 2 ปี ก่อนเข้ามาในกรุงเทพฯ การย้ายเข้ามาในกรุงเทพฯ จึงไม่ใช่การย้ายตรงจากประเทศต้นทาง แต่เป็นการย้ายต่อเนื่องมาอีกที ในขณะที่การศึกษาวิจัยนี้ ซึ่งเก็บข้อมูลในพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างกระจายทั่วทั้งกรุงเทพฯครอบคลุม 19 เขต กลับพบว่า ประชากรข้ามชาตินั้นจำนวน

¹⁸ อภิชาติ จำรัสสุทธิรงค์, จรัมพร ไช้ล้ายอง และ กัญญา อภิพรชัยสกุล, 2553



เกือบร้อยละ 70 อพยพตรงมาจากประเทศต้นทางอันเนื่องมาจากเครือข่ายทางสังคมที่ค่อนข้างเข้มแข็งของชุมชนชนข้ามชาติในกรุงเทพฯ เพื่อเข้ามาทำงานที่นี่ ซึ่งข้อค้นพบนี้ทั้งแรงงานข้ามชาติจากพม่า ลาว และกัมพูชา ก็มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน

บทที่ 4

บทเรียนการเก็บข้อมูล
สำมะโนประชากรข้ามชาติ
ในกรุงเทพมหานคร



บทเรียนการเก็บข้อมูล สำมะโนประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร

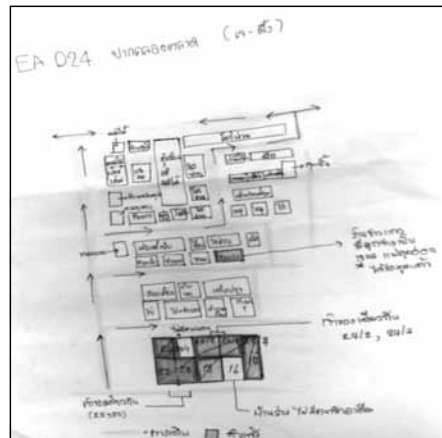
กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่ที่มีความแตกต่างหลากหลาย ทั้งทางด้านอาชีพ ชนชั้น สถานภาพทางสังคม ฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อทางศาสนา และเชื้อชาติ การทำงานในพื้นที่เมืองหลวงของประเทศไทย จึงไม่ใช่เรื่องง่ายและเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับทีมนักวิจัยที่ประกอบด้วยพนักงานสนามชาวไทยและพนักงานสนามชาวพม่า ในการลงไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ดังกล่าว รวมทั้งการเน้นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ (กัมพูชา ลาว และพม่า) ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่จะทำได้อย่างสะดวก เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องภาษาปัญหาความไม่ไว้วางใจกัน ความรู้สึกลัวของกลุ่มประชากรข้ามชาติ ต่อคนไทยเนื่องจากความแตกต่างทางวัฒนธรรม และอำนาจของรัฐที่เข้ามาควบคุม และจัดการพวกเขาตลอดเวลา รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายต้องทำงานอยู่ตลอดเวลา ทำให้เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลและเก็บข้อมูล

การดำเนินงานภาคสนามของการทำสำมะโนประชากรข้ามชาติ จึงใช้วิธีการเก็บข้อมูล 2 วิธีควบคู่กันไป คือ การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเมื่อคณะนักวิจัยลงเก็บข้อมูลในแต่ละ



EA จะเริ่มจากการเก็บข้อมูลชุมชนของแต่ละ EA ก่อน โดยการทำแผนที่เดินดินสำรวจสิ่งปลูกสร้าง โรงงาน ตลาด ที่พักอาศัยและลักษณะของผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ การทำงานในลักษณะดังกล่าวคือ กระบวนการของการได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อมองภาพรวมของพื้นที่ และเห็นความสัมพันธ์ของผู้ถูกเก็บข้อมูลกับพื้นที่ นอกจากนี้นักวิจัยยังเก็บข้อมูลจากบุคคลในพื้นที่หรือผู้นำชุมชน เพื่อหาข้อมูลเบื้องต้นที่นำไปสู่ความชัดเจนในการลงไปเก็บข้อมูลจริงในพื้นที่ด้วย

ผังภาพที่ 4 ตัวอย่างแผนที่ EA และ แผนที่เดินดิน



หลังจากการทำแผนที่เดินดินในพื้นที่แต่ละ EA แล้ว พนักงานสนามจะเริ่มการทำสำมะโนครัวเรือน โดยใช้แบบแจงนับบุคคลในครัวเรือน เพื่อถามถึงจำนวนคนในแต่ละครัวเรือนว่ามีคนต่างชาติหรือไม่ หากพบว่ามีคนต่างชาติจากประเทศพม่า กัมพูชา หรือลาว ก็จะใช้แบบสอบถามเพื่อถามข้อมูลเชิงลึกในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งทั้งหมดเป็นข้อมูลเชิงปริมาณ การเก็บข้อมูลในส่วนที่เป็นแบบสอบถามสำหรับแรงงานข้ามชาติจาก 3 ประเทศนั้น ได้ใช้บุคคลที่เป็นเจ้าของภาษาร่วมสนทนาด้วย เพื่อให้การพูดคุยและการเก็บข้อมูลสามารถกระทำได้อย่างเที่ยงตรงมากยิ่งขึ้นซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบของการทำงานเชิงคุณภาพที่สำคัญควบคู่ไปกับข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้ การเก็บข้อมูลภาคสนามทั้ง 15 EAs มีกำหนดการดำเนินงานดังต่อไปนี้



23-25 มีนาคม 2555	จัดอบรมพนักงานสนามทั้งคนไทยและคนข้ามชาติ
6-8 เมษายน 2555	เก็บข้อมูลในพื้นที่นำร่องฝึกฝนการใช้แบบสอบถามและประชุม สรุปบทเรียนจากการเก็บข้อมูลภาคสนาม
19 เมษายน- 27 พฤษภาคม 2555	จัดเก็บข้อมูลภาคสนาม 15 EAs
24 พฤษภาคม 2555	ประชุมปรึกษาหารือความก้าวหน้า กับสำนักงานสถิติแห่งชาติ
6 – 12 มิถุนายน 2555	จัดเก็บข้อมูลภาคสนาม (เพิ่มเติม) 5 EAs
30 มิถุนายน 2555	สรุปบทเรียนการเก็บข้อมูลภาคสนาม

จากการดำเนินงานดังกล่าว จะเห็นว่า ทีมภาคสนามใช้เวลาในพื้นที่รวมประมาณ 6 สัปดาห์ ในการเก็บข้อมูลทั้ง 15 EAs การดำเนินงานดังกล่าว ได้เกิดบทเรียนในการสำมะโนประชากรข้ามชาติในเขตเมือง จากการดำเนินงานในเขตกรุงเทพมหานคร ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

4.1 จุดเริ่มต้น : ระดมสมอง ทดลองพื้นที่

ในรายละเอียดของการทำสำมะโนประชากรข้ามชาติในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร คณะนักวิจัยได้แบ่งขั้นตอนและกระบวนการทำงานออกเป็น 5 กระบวนการด้วยกัน คือ 1. เตรียมคนและจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ 2. การทดลองทำในพื้นที่ทดสอบเพื่อตรวจสอบความผิดพลาดของทีมและค้นหาปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในการลงภาคสนาม 3. การสำรวจพื้นที่จริง เพื่อดูภาพรวมของพื้นที่ ผู้คนและช่วงเวลาที่เหมาะสมของการลงเก็บข้อมูล 4. การลงเก็บข้อมูล และ 5. สรุปงาน



ขั้นตอนแรก “เตรียมคน”: นับเป็นขั้นตอนที่สำคัญ เนื่องจากพนักงานสนามควรต้องมีความเข้าใจในวัฒนธรรมที่แตกต่างของผู้ถูกเก็บข้อมูล การใช้บุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จะช่วยให้การลงเก็บข้อมูลนั้นมีประสิทธิภาพมากขึ้น ประกอบกับการทำสำมะโนประชากรในครั้งนี้ต้องเก็บข้อมูลกับคนต่างภาษาต่างวัฒนธรรม การใช้ทีมพนักงานสนามที่มีเจ้าของภาษาเข้าไปช่วยจึงจำเป็น ดังนั้นสมมติฐานเบื้องต้นในการเตรียมทีม คือใช้บุคลากรที่มีความชำนาญในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และบุคลากรที่มีความชำนาญและความเข้าใจในเรื่องของการสื่อสารทางภาษาและวัฒนธรรม โดยในการศึกษานี้ ทีมพนักงานสนามคือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีจากภาควิชามานุษยวิทยา คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร จำนวน 10 คน และพนักงานสนามชาวพม่าที่เป็นเครือข่ายการทำงานกับองค์การแพธ จำนวน 10 คน

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

หลังจากขั้นตอนการสร้างความคุ้นเคย ลำดับต่อไปคือการสร้างการเรียนรู้และสร้างความเข้าใจในวัฒนธรรมของกลุ่มคนข้ามชาติทั้ง 3 สัญชาติ โดยใช้วิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านให้ความรู้ใน 3 ประเด็นด้วยกัน คือ 1. วิธีการลงเก็บข้อมูลในรูปแบบของการทำสำมะโนประชากร 2. ความรู้เกี่ยวกับสิทธิในด้านต่างๆ ทั้งเรื่องบัตรประจำตัว สุขภาพทางเพศ สุขภาพอนามัยของทั้งแม่และเด็ก และ 3. วิธีการเก็บข้อมูลและการลงพื้นที่ภาคสนาม

ในประเด็นแรกนั้น ทีมต้องทำความเข้าใจเบื้องต้นถึงวิธีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยเฉพาะวิธีการทำสำมะโนประชากร เนื่องจากบุคลากรจำนวนหนึ่งถนัดเพียงวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจึงต้องเพิ่มเนื้อหาและวิธีการในเชิงปริมาณให้กับทีมเก็บข้อมูล เพื่อให้การกรอกแบบสอบถามถูกต้องสมบูรณ์และครบถ้วน



ส่วนประเด็นที่ 2 ถือเป็นความรู้สำคัญที่จำเป็นต้องใช้ในการทำงานครั้งนี้ เนื่องจากความเฉพาะของข้อมูลในแบบสอบถามที่ต้องการเก็บประเด็นของประชากรข้ามชาติ ทั้งเรื่องการเคลื่อนย้ายถิ่นฐาน สิทธิเรื่องการดำรงอยู่ในประเทศไทย สุขภาพอนามัย เจริญพันธุ์ของครอบครัวโดยเน้นไปที่แม่และเด็ก

ประเด็นสุดท้าย เป็นเรื่องของเพิ่มเติมวิธีการเก็บข้อมูลภาคสนาม โดยการเก็บข้อมูลในโครงการนี้ถึงแม้จะเป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก แต่วิธีการที่ใช้สำหรับการลงเก็บข้อมูลก็ตั้งเอาลักษณะวิธีการเชิงคุณภาพมาใช้ด้วย ทั้งนี้เนื่องจากการลงเก็บข้อมูลจะพบกับพื้นที่การทำงานที่หลากหลาย และพบกับผู้ให้ข้อมูลที่อาจมีความอ่อนไหวในการแสดงตัว และให้ความร่วมมือที่จะตอบแบบสอบถาม ดังนั้นการนำวิธีการเชิงคุณภาพเข้ามาปรับใช้ ทั้งการลงไปสำรวจและพูดคุยกับคนที่เป็นเจ้าของพื้นที่ รวมถึงบุคคลที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่ และเห็นการเคลื่อนไหวของผู้คน ชุมชน และสังคมอยู่ตลอดเวลา เช่น พ่อค้า แม่ค้า มอเตอร์ไซด์รับจ้าง ร้านค้ากลางชุมชน เป็นรูปแบบหนึ่งที่จะต้องเรียนรู้เพื่อที่นำไปใช้ในวันลงเก็บข้อมูลจริง

ในวันที่ 2 ของการอบรมเชิงปฏิบัติการ หลังจากให้ความรู้ และทำความเข้าใจในขั้นตอนของแบบสอบถาม รวมถึงวิธีการในการลงเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ลำดับต่อไปคือให้ทีมทั้ง 20 คนได้ทดลองทำแบบสอบถามกับพนักงานสนามชาวพม่าที่ทางองค์การแพธประสานไว้ กระบวนการดังกล่าวเป็นเสมือนเวทีทดสอบย่อยก่อนที่จะไปเจอพื้นที่ทดสอบจริงในอีกช่วงเวลาหนึ่ง รูปแบบของกระบวนการ คือ ให้นักศึกษาและพนักงานสนามชาวพม่าจับกลุ่มกัน และทำแบบสอบถามกับบุคคลที่เตรียมไว้ เพื่อฝึกความชำนาญในการเก็บข้อมูล ซึ่งผลจากการทดลองทำกระบวนการทำให้ทีมได้ทราบถึงข้อบกพร่องของตนเองว่า เข้าใจแบบสอบถามในระดับใด และการทดสอบดังกล่าวทำให้ทีมได้ทบทวนความรู้ความเข้าใจว่าถูกต้องสมบูรณ์ และควรปรับปรุงแก้ไขในประเด็นใด

ขั้นตอนที่สอง “ทดลองลงสนามในพื้นที่ทดสอบ”: หลังจากผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้ง 2 วันแล้ว พนักงานสนามมีโอกาสในการทดลองกระบวนการเก็บข้อมูลในพื้นที่ทดสอบ ก่อนที่ทีมทั้งหมดจะลงภาคสนามในพื้นที่จริงคือ พื้นที่ที่ทางโครงการได้จัดเตรียมไว้ โดยเลือกพื้นที่ที่ประชากรข้ามชาติอยู่อาศัยกันเป็นลักษณะ



ชุมชนหนาแน่น ซึ่งพื้นที่ที่ถูกเลือกเป็นสนามทดสอบก็คือ ชุมชนม่วงสกุล เขต บางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

การทดลองลงทำแบบสอบถามในครั้งนี้ มุ่งหวังที่จะใช้เป็นแบบฝึกหัดให้กับทีม นักศึกษาและพนักงานสนามชาวพม่าทั้ง 20 คนได้ลองทำสำมะโนประชากร และ ลงเก็บข้อมูลแบบสอบถามเชิงลึก ซึ่งกระบวนการในการทำงานใช้เวลาทั้งหมด 2 วัน ในพื้นที่ทั้งหมด 1 EA ที่มีครัวเรือนประมาณ 150 – 200 ครัวเรือน วิธีการในการ ลงเก็บข้อมูลเริ่มจากการใช้ทีมนักศึกษาจำนวน 2 คนลงสำรวจพื้นที่ หรือที่เรียกกัน ว่าทีม “พื้นราบ” ลงสำรวจพื้นที่ ดูลักษณะของผู้อยู่อาศัย สอบถามข้อมูลจากคนใน ชุมชน และหาช่วงเวลาที่เหมาะสมในการลงเก็บข้อมูล หลังจากลงสำรวจก็นำข้อมูล ที่ได้มาวางแผนในการลงทำแบบสอบถาม และปรับใช้กับทีมงานที่เหลือ หรือทีม “ลงภาคสนาม” โดยรูปแบบที่นำมาลองใช้ในการทำสำมะโนประชากรครั้งนี้คือ การ จับคู่และแบ่งเป็นกลุ่มลงกระจายไปในชุมชนม่วงสกุล โดยผลที่ได้จากการทดลองทำ ครั้งนี้ทำให้ทีมได้รับทราบถึงปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจริงในการลงเก็บข้อมูล ทั้งเรื่อง ของเวลาที่จะเข้าไปเก็บข้อมูล หรือปัญหาเรื่องความเข้าใจในแบบสอบถามที่ยังอาจจะ ไม่ถูกต้อง ซึ่งการได้รับรู้ถึงข้อบกพร่องดังกล่าวเป็นประโยชน์อย่างมากในการปรับปรุง แก้ไขก่อนที่จะทำการลงเก็บข้อมูลภาคสนามจริงทั้ง 20 EA ต่อไป

4.2 พื้นที่ : ผู้คน : ความหลากหลาย

ในกระบวนการของการลงพื้นที่ภาคสนามเพื่อเก็บข้อมูลในพื้นที่ EA ซึ่งเป็นการ สุ่มเลือกจากพื้นที่ EA ทั้งหมดของกรุงเทพมหานครมาจำนวนทั้งสิ้น 20 พื้นที่ EA ใน 19 เขตพบว่ามีลักษณะของพื้นที่ การรวมกลุ่มของประชากรข้ามชาติ ความหนาแน่น ของประชากรแรงงานข้ามชาติและการอยู่อาศัยที่แตกต่างหลากหลายกันไป แบ่งออก ได้เป็น 4 ลักษณะคือ พื้นที่ตลาด พื้นที่หอพัก ชุมชนคนไทย และชุมชนแรงงาน (พื้นที่ ที่คนงานตั้งถิ่นฐานกันอยู่หนาแน่น เช่น บริเวณชุมชนที่ตั้งโรงงาน และบริเวณบ้านพัก คนงาน) ความหลากหลายของแต่ละพื้นที่สามารถจำแนกให้เห็นเป็นตารางได้ดังนี้คือ



ตารางที่ 16 ความหลากหลายของพื้นที่ และปัญหาอุปสรรคในการเก็บข้อมูลและแนวทางแก้ไข

ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่พิกอาศัย	ลักษณะการอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรคในการเก็บข้อมูลและแนวทางแก้ไข
258 ช.ท่าข้าม13 เขต บางขุนเทียน	ห้องแถวให้เช่า อพาร์ทเมนต์ หอพัก	คนพม่าเชื้อสายเนปาลี ส่วนใหญ่อยู่เป็นครอบครัว กลุ่มเครือญาติและเพื่อน	ใกล้โรงงานพลาสติก โรงงานพลาสติก และหมวกกันน็อค ที่เป็นแหล่งจ้างงาน	ประชากรข้ามชาติทำงาน ตลอด มีการทำงานล่วงเวลา และมีช่วงว่างหลังสองทุ่ม และวันอาทิตย์หยุดงาน การแก้ไขปัญหาคือการให้ ล่ามและผู้ประสานงานเข้า หากกลุ่มแกนนำในพื้นที่เพื่อ นำพาและนัดหมายเข้าไป สัมภาษณ์เพื่อให้เข้าถึงได้ใน วันและเวลาที่สะดวก
074 ช.บางขุนเทียน 14 (ม่วงสกุ) เขต บางขุนเทียน	อาคารพาณิชย์ แบ่งซอยเป็น ห้องเช่าหอพัก อพาร์ทเมนต์ และโรงงาน	อยู่เป็นครอบครัว เครือญาติ หรือกลุ่ม เพื่อนอยู่ด้วยกันเป็น ชุมชนที่มีแรงงาน พม่าอยู่หนาแน่น มากกว่าคนไทย	ใกล้โรงงาน อาหารทะเล โรงงานปลา กระป๋อง	ประชากรข้ามชาติทำงาน ตลอดทั้งวันและบางวันมีการ ทำงานล่วงเวลา เวลาว่างจะเป็น วันอาทิตย์ที่เป็นวันหยุดแรงงาน มีทั้งที่มีบัตรและไม่มีบัตร การแก้ไขปัญหาคือ การใช้ เครือข่ายของผู้ช่วยวิจัยร่วมที่ เป็นสัญชาติพม่าที่ทำงานกับ กลุ่มแรงงานในพื้นที่เป็นหลัก ในการเข้าไปสัมภาษณ์ในวัน และเวลาที่สะดวก
254 ถ.พระยา มนธาตุฯ เขตบางบอน	อาคารพาณิชย์ สำหรับเปิด ร้านและเป็น ที่ทำงานข้าง ล่าง และแบ่ง บางส่วนให้เช่า พักอาศัย มี หอพักของ คนไทย	อาคารพาณิชย์ลักษณะ ทำเป็นโรงงานและ โกดังเก็บของด้านล่าง ข้างบนเป็นที่พิกอาศัย แรงงานที่พบมีแรงงาน ลาว พม่า	ส่วนใหญ่เป็น โรงงานเย็บผ้า บริเวณใกล้เคียง มีโรงงานทำ รองเท้ายี่ห้อกีโต้ และโรงงาน ขนาดเล็กกลาง จำนวนมาก	เจ้าของกิจการไม่ยอมให้สัมภาษณ์ คนงานและชั้นข้างบนตึก บางส่วน เป็นบ้านร้างเนื่องจากน้ำท่วม เลอะพยายออกไปแต่มีบางส่วน ที่ยังดำเนินกิจการและมีแรงงาน สัญชาติพม่าและลาว การแก้ไขปัญหาคือ ใช้เครือข่ายของ ผู้ช่วยวิจัยชาวพม่าที่ทำงานอยู่ใน พื้นที่ประสานงานเจ้าของกิจการ และแรงงานเพื่อขออนุญาตให้ เข้าไปเก็บข้อมูล



ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
131 ถนนพระราม 4 (คลองเตย) เขตคลองเตย	ตลาดใหญ่ มีตึก อาคารพาณิชย์ รายล้อม เปิด เป็นร้านค้าขาย ของ โกดังเก็บ ของ บางอาคาร ทำเป็นห้องให้ เช่า	มีทั้งอยู่ด้วยกันเป็น ครอบครัวหรือเป็น เครือญาติหรือเฉพาะ กลุ่มเพื่อน มีทั้ง ประชากรข้ามชาติชาว พม่า และลาว	ส่วนใหญ่ทำงาน เข็นของในตลาด และขายของใน แผงตลาด งานมี ตลอดตั้งแต่เช้าตรู่ จนถึง ส่วนใหญ่ พักอยู่ในตลาด และซอยใกล้เคียง	เวลาในการทำงานต้องทำ ตลอดเวลา เจ้าของแผงไม่ อนุญาตให้คุยกับลูกจ้าง ในแผง แก้ไขโดยการสัมภาษณ์ที่ หอพักแม้ว่าเจ้าของหอพัก ไม่ยอมให้ขึ้นไปในห้อง ทีมวิจัย แก้ไขปัญหโดยการดักกรอ สัมภาษณ์บริเวณหน้าหอพัก
086 ถ.เพชรเกษม (ตลาดบางแค) เขตบางแค	ห้องแถว อาคารพาณิชย์ ทำเป็นห้องเช่า อยู่ด้านหลัง ตลาดจำนวนมาก	ส่วนใหญ่เป็นมอญ อยู่กันเป็นครอบครัว ทำงานรับจ้างในตลาด ผู้หญิงมีทั้งรับจ้างใน ตลาดและรับจ้างเด็ด พรกบนห้องพัก	พื้นที่ตลาดมี 3 ตลาดติดกัน คือ ตลาดศิริชัย ตลาด แสงฟ้าห้าแพะ ตลาดห้างวันเดอร์ เป็นแหล่งจ้างงาน ตลาดมีทั้งรอบ เช้าตรู่และช่วงดึก ที่ต้องเตรียมของ	คนมอญไม่ต้องการสื่อสาร กับพนักงานสนามชาวพม่า และไม่มีเวลาให้เนื่องจาก ต้องทำงานตลอด แก้ไขปัญหาโดยการสัมภาษณ์ ที่หอพัก โดยประสานกับ เจ้าของหอพัก และหาแกนนำ หลักเชื้อสายมอญที่เป็นผู้ อาวุโสในชุมชนที่คนให้ความ นับถือพาเดินขึ้นหอพัก เพื่อ สัมภาษณ์ โดยใช้ล่ามภาษา มอญ
024 ถ.วังบูรพา ภิรมย์(ปาก คลองตลาด) เขตพระนคร	ตลาดขายส่ง ผักและผลไม้ มี ตึก แ ถว อาคารพาณิชย์ ชั้นล่างเป็น ร้านค้าขาย ผักและของชำ บางตึกแบ่ง ห้องให้เช่า	ส่วนใหญ่คนที่อาศัย เป็นคนไทยเชื้อสายจีน มีแรงงานรับจ้างในตลาด ทั้งเข็นของและขายของ เป็นคนมอญ พม่า เขมรและลาว	พื้นที่ตลาดผัก ผลไม้ ดอกไม้ ทำให้เวลาในการ ทำงานมีตลอด ทั้งวัน ตามสินค้า ที่มาลงตลาด และการจับจ่าย ซื้อของของผู้ซื้อ	เวลาทำงานตลอดทั้งวัน ตั้งแต่ ตี 1 แรงงานไม่มีเวลาให้ข้อมูล เจ้าของแผงไม่อนุญาตให้ สัมภาษณ์ลูกจ้าง การแก้ไขปัญหา ใช้เครือข่าย ของผู้วิจัยที่มีความคุ้นเคย กับร้านค้าในปากคลองตลาด และเป็นผู้พาเข้าไปสัมภาษณ์ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นแรงงาน มอญและพม่า



ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
013 ถ.อิสรภาพ เขต บางกอกน้อย	ตึกแถว อาคารพาณิชย์ ด้านล่างเป็นร้านด้านบนเป็นที่พักอาศัย รวมถึงหอพัก	เป็นคนไทย เชื้อสายจีนส่วนใหญ่ มีลูกจ้างเป็นแรงงานข้ามชาติในร้านอาหารและโรงน้ำแข็ง รวมทั้งมีแรงงานข้ามชาติในตลาดพรานนกทำงานช่วงเช้าและดึก แต่ไม่ได้พักอาศัยบริเวณนี้	เป็นตลาดและเป็นย่านธุรกิจการค้า รวมทั้งมีหอพักของนักศึกษา	พบประชากรข้ามชาติบ้างไม่มากแต่ไม่ได้ข้อมูลเนื่องจากเจ้าของกิจการไม่ยอมให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหาใช้วิธีการให้ผู้ร่วมวิจัยที่เป็นชาวพม่าและกะเหรี่ยง สังเกตการณ์และเข้าไปคุยเพื่อนัดหมายสัมภาษณ์นอกเวลาทำงาน
211 ถ.ลาดพร้าว (ซอย 119, 121) เขตบางกะปิ	หอพัก อพาร์ตเมนต์ และอาคารพาณิชย์ อยู่หลังตลาดให้เช่า	อยู่อาศัยเป็นครอบครัวและเป็นเพื่อนอยู่ด้วยกัน ทั้งแรงงานลาวและพม่า รวมทั้งมีคนไทยมุสลิมอยู่จำนวนมาก	พื้นที่ตลาด อยู่ใกล้ห้างสรรพสินค้าใหญ่แหล่งทำงานและแหล่งจ้างงานโดยมากทำงานในตลาดขายของหน้าร้านและอยู่ตามร้านค้า	ไม่ยอมให้ข้อมูล ไม่ไว้ใจใจปิดห้อง ขึ้นหอพักไม่ได้ เวลาทำงานเข้าจรถเย็นจนถึงค่ำวันอาทิตย์เป็นวันหยุดวันเดียว การแก้ไขปัญหาใช้วิธีการตักร่อนหน้าหอพักและใช้เครือข่ายความสัมพันธ์ของผู้เก็บข้อมูลที่เป็นคนสัญชาติพม่าและกะเหรี่ยงที่มีเพื่อนทำงานและพักในหอพักละแวกนี้เป็นผู้ติดต่อประสานงานติดต่อเพื่อขอเข้าไปสัมภาษณ์
058 ถ.เพชรบุรี (ซอย 14) เขตราชเทวี	ตึกร้างให้เช่า ส่วนใหญ่เป็นบริษัทรับเหมาก่อสร้าง มีหอพักขนาดใหญ่ปะปนกัน	มีทั้งอยู่เป็นครอบครัวมีพื้นที่เฉพาะ ถ้าคนโสดอยู่รวมกัน แยกชายหญิง คนไทยอยู่ชั้นบนสุดไม่ปะปนกับข้ามชาติ คนงานมีทั้งกะเหรี่ยง พม่า ลาว ไทย อยู่ด้วยกัน	ใกล้ กับ พื้นที่ทำงาน ที่ตึกกำลังสร้าง การพักอาศัยในพื้นที่จะแบ่งกันเป็นคนเขมรตึกหนึ่ง คนกะเหรี่ยงตึกหนึ่งซึ่งเป็นคนละบริษัทกัน เวลาเลิกงาน 5-6 โมงเย็น ยกเว้นมีโอทีหรือเร่งงานจะ เลิก 2-3 ทุ่ม	ประชากรข้ามชาติชาวเขมรสื่อสารภาษาไทยไม่ได้ แก้ไขปัญหาโดยการต้องสื่อสารผ่านล่ามที่เป็นหัวหน้าคนงาน



ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
021 ถนนวิภาวดี เขตจตุจักร	บ้านเดี่ยว บริษัท สถานีขนส่ง ร้านอาหาร แคมป์คนงาน ขนาดใหญ่ และชุมชน	คนไทยอยู่ในบริษัท บ้านเดี่ยว หอพัก ส่วน แรงงานจะอาศัยอยู่ รวมกันในแคมป์คนงาน มีทั้งชาวเขมร พม่าและ คนไทย	คนงานในแคมป์ คนงานทำงานใน พื้นที่เขตอื่น กลับ มาที่พักในช่วง 6 โมงเย็น	ช่วงเวลาในการทำงานแตกต่างกันทั้งคนไทยที่พักอาศัย ในที่ที่พักส่วนตัว ทำงานใน บริษัทและคนงานที่เป็น แรงงานสามสัญชาติทำให้ ต้องจัดการเรื่องเวลาในการ เก็บข้อมูล การแก้ไขปัญหา ใช้หนังสือ ขออนุญาตเจ้าของกิจการ หรือผู้ประกอบการเพื่อเข้าไป สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่ ทำงานในร้านอาหารและแคมป์ คนงานกะเหรียญ พม่า และ กัมพูชา
178 ถนนพุทธบูชา (พุทธบูชา 36) เขตทุ่งครุ	ชุมชนคนพุทธ มุสลิม มีหมู่บ้าน จัดสรรหลาย โครงการ มี โรงงานบริเวณ ใกล้เคียงและ มี หอ พัก อพาร์ทเมนต์ สำหรับเป็น ที่พักแรงงาน ข้ามชาติ	อยู่เป็น ครอบครัว เครือญาติและอยู่เป็น กลุ่มเพื่อน แรงงานส่วน ใหญ่เป็นกะเหรียญ และ พม่า	ทำงานเป็นกะใน โรงงานที่อยู่ใกล้ ที่พัก เช่น โรงงาน พลาสติก ทำงาน มีโอที เลิกงาน 2 ทุ่มหยุดงานวัน อาทิตย์	พื้นที่กว้างใหญ่ อยู่กันกระจาย ชุมชน บ้านจัดสรร โรงงาน ที่รกร้าง การเข้าไปเก็บข้อมูล ใช้วิธีการออกหนังสือเพื่อ ขออนุญาตเข้าไปในพื้นที่บ้าน จัดสรรอย่างเป็นทางการ การแก้ไขปัญหา ในส่วนหอพัก ที่มีคนงาน 3 สัญชาติอาศัย อยู่และใช้วิธีการสังเกตการณ์ และดักถามสัมภาษณ์บริเวณ หน้าหอพัก
024 ช.เพชรเกษม 20 เขตภาษีเจริญ	บ้านเดี่ยว บ้าน สองชั้นแบ่งเช่า มีหอพัก และ อาคารพาณิชย์ เป็นย่านชุมชน คนไทย ย่านเก่า	อยู่เป็นครอบครัว เครือ ญาติ และกลุ่มเพื่อน อยู่ด้วยกัน และอยู่คน เดียว แรงงานที่อยู่มีทั้ง พม่าและมอญ	ทำงานในโรงงาน ที่อยู่ใน EA ถัดไป หรืออยู่ในซอย ถัดไป มีโรงงาน ในพื้นที่ EA แต่ คนงานพักอาศัย นอก EA	เจ้าของหอพักบางแห่งไม่อนุญาต ให้ขึ้นหอพัก และคนเชื้อสายมอญ ไม่ค่อยกับพนักงานสามพม่า วิธีการแก้ไขปัญหาใช้วิธีการ สังเกตการณ์และดักถามเพื่อ สัมภาษณ์ โดยอาศัยอาสาสมัคร ที่มีเครือข่ายกับชาวมอญใน พื้นที่เป็นตัวประสานกับเพื่อน ชาวมอญเพื่อนำพาไปยังกลุ่ม เป้าหมาย



ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
177 ถ.เพชรเกษม 71 เขตหนองแขม	บ้านเดี่ยวแบ่ง เช่า เจ้าของคนไทย มีหอพัก ที่แรงงานพม่า อยู่จำนวนหนึ่ง	อยู่อาศัยกันเป็นครอบครัว หรือเครือญาติอยู่ด้วย กันและเป็นเพื่อนอยู่ ด้วยกัน	มีโรงงานนันทยา ที่เป็นโรงงาน ใหญ่อยู่บริเวณ ต้นซอย คนไทย ในชุมชนเปิด กิจการค้าขาย ร้านค้า	ประชากรข้ามชาติกลัวตำรวจ เพราะเพิ่งย้ายเข้ามา และ ส่วนหนึ่งไม่มีบัตร ทำให้ไม่กล้า ให้ข้อมูล บางที่เจ้าของหออนุญาตให้ ขึ้นหอแต่ขอไปด้วยกัน ทำให้ แรงงานที่พักอาศัยไม่กล้าพูด หรือให้ข้อมูล การแก้ไขให้อาสาสมัครผู้ร่วม วิจัยที่เป็นคนสัญชาติพม่าเป็น ผู้สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย เป็นหลักเพื่อให้เกิดความไว วางใจ
048 ซอยประชา อุทิศ 75 เขตทุ่งครุ	บ้านเดี่ยว บ้าน จัดสรร โรงงาน ตึกแถว และ หอพัก รวมทั้ง หมู่บ้านคนไทย มุสลิม	ส่วนใหญ่จะเป็นคนไทย ประชากรข้ามชาติจะ พักอยู่นอก EA ไม่มีที่ พักในโรงงาน ส่วนใหญ่ เป็นพม่าและลาว	ประชากรข้าม ชาติทำงานใน โรงงาน ตั้งแต่ เช้าถึงค่ำ และ คนไทยทำการ ค้าขาย	เจ้าของโรงงานไม่สะดวกให้ ข้อมูล และเจ้าของหอพัก บางหอไม่ยินยอมให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหาใช้หนังสือ ที่เป็นทางการในการขอ อนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลใน พื้นที่ ในโรงงาน บ้านจัดสรร และชุมชน
568 ซอยเหมวงศ์ เขตดินแดง	อาคารพาณิชย์ 2-3 ชั้นด้านล่าง เป็นโรงงาน เย็บผ้า ทำ เฟอร์นิเจอร์ อาคารพาณิชย์ บางหลังกำลัง ปรับปรุงทำ เป็นห้องเช่า หอพัก	ประชากรข้ามชาติมี ชาวพม่าและลาว ไม่ ได้พักใน EA ส่วนใหญ่เป็นคนไทย เปิดร้านขายของ ทำ โรงงานขนาดเล็ก และ ทำห้องเช่า	ทำงานเย็บผ้า เริ่มงานช่วงเช้าถึง สี่โมงเย็น	อาคารพาณิชย์หลายหลัง ปรับปรุงทำให้แรงงานย้ายไป อยู่ที่อื่นก่อน คนไทย ไม่ค่อย ให้ข้อมูล การแก้ไขปัญหาคือการใช้ วิธีการสังเกตการณ์และการ สัมภาษณ์ผู้อาศัยในพื้นที่ เกี่ยวกับแรงงานในพื้นที่และ ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการ เคลื่อนย้ายแรงงาน



ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
003 ซอยสวนมะลิ ถนนบำรุงเมือง เขตป้อมปราบ ศัตรูพ่าย	อาคารพาณิชย์ หันหลังชนกัน ด้านล่างขาย อะไหล่รถจำนวนมาก เป็นโกดัง เก็บของโรงงาน ที่ไม่มีคนพัก อาศัยมีห้องเช่า ของแรงงาน	อยู่เป็นกลุ่มเพื่อน หรือ อยู่คนเดียว เพราะทำงาน เป็นลูกจ้างบริษัทบางคน เป็นแม่บ้านในบริษัท และพักอยู่นอก EA	ประชากรข้ามชาติ สามสัญชาติ พม่า เขมร ลาว ทำงาน เป็นลูกจ้างของ บริษัทขนส่งสินค้า	ประชากรข้ามชาติอยู่นอก EA คนงานในบริษัทที่เป็นคนไทย ไม่ค่อยให้ข้อมูล และประชากร ข้ามชาติทำงานตลอด ไม่สะดวก ในการให้ข้อมูล รวมทั้งแรงงาน เขมรพูดไทยไม่ได้ การแก้ไขปัญหาพยายามหา ล่ามในพื้นที่และความสนิท สนมของผู้ร่วมวิจัยที่รู้จักกับ กลุ่มแรงงานในพื้นที่เป็นผู้ ประสานงานและพาเข้าไป สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย
042 ซอยบรรทัด ทอง เขตปทุมวัน	อาคารพาณิชย์ ตึกแถว ใช้เป็น ที่อยู่อาศัย มี โรงงานขนาดเล็ก ส่วนมากขาย อะไหล่รถยนต์ เป็นที่เก็บของ	ส่วนใหญ่เป็นคนไทย เวลาทำงานเริ่มตั้งแต่ 10 โมงเช้า จนถึง 16.00 น. ไม่ค่อยพักอาศัยใน โรงงาน	มีลักษณะเป็น โรงงานขนาดเล็ก ขายอะไหล่รถ และโกดังเก็บของ ไม่พบแรงงาน สามสัญชาติ	มีการประชาสัมพันธ์ล่วงหน้า ทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูล ไม่มีปัญหาและส่วนใหญ่เป็น ชุมชนคนไทย
012 ถนนเจริญกรุง เขต บางคอแหลม	ชุมชนคนไทย ที่บ้านเรือนอยู่ อย่างแออัด มี ลักษณะเป็น บ้านเดี่ยวชั้น เดียวและสอง ชั้น มีหอพัก ตึกแถวอาคาร พาณิชย์ด้าน ล่างเป็นร้าน ค้า/บริษัทอยู่ ปะปนกัน	ส่วนมากเป็นชุมชน คนไทยมุสลิม มีแรงงาน บ้างแต่ไม่มาก แรงงาน ส่วนใหญ่เป็นพม่า คน ไทยทำอาชีพค้าขาย เปิดร้านขายอาหาร	ทำงานในโรงงาน บริเวณใกล้เคียง รับจ้างตามโรงงาน เล็กๆ เช่น โรง น้ำแข็ง เริ่มงาน ตอนเช้าเลิกงาน ตอนเย็น	บริษัทมีแรงงานข้ามชาติแต่ไม่ ยอมให้ข้อมูล มีความซับซ้อน ของพื้นที่ ในซอยมีลักษณะ วุ่นวาย ทำให้เสียเวลาหาบ้าน เลขที่ตามแผนที่ วิธีการแก้ไขปัญหาใช้การ สังเกตการณ์ และคัดกรอง สัมภาษณ์บริเวณหอพักใน พื้นที่



ลำดับ EA พื้นที่	สภาพที่ พักอาศัย	ลักษณะ การอยู่อาศัย	สภาพพื้นที่ ของการทำงาน	ปัญหาอุปสรรค ในการเก็บข้อมูล และแนวทางแก้ไข
031 ถนนสุรวงศ์ สี่พระยา เขตบางรัก	อาคารพาณิชย์ ข้างล่างเป็น ร้านขายของชำ หอพักมี 1 หอ และบ้านเดี่ยว	ส่วนใหญ่เป็นครอบครัว คนไทย หอพัก 1 หอ มีคนอื่นเดียวอาศัย เกือบทุกห้อง ทำงาน ร้านเพชร	คนไทยดั้งเดิม ค้าขาย และ ส่วนหนึ่งออกไป ทำงานข้างนอก	ประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ พักอยู่นอก EA
029 ถนนพัฒนา การชอย 2 เขตสวนหลวง	ทาวน์เฮ้าส์ อาคารพาณิชย์ และหอพัก	อยู่เป็นครอบครัวเครือ ญาติ กลุ่มเพื่อน บาง ครั้งอยู่ปะปนกับคนไทย ในหอพัก แรงงานข้าม ชาติส่วนใหญ่เป็นคน พม่า	คนไทยพักอาศัย ในทาวน์เฮ้าส์ แรงงานไทยและ แรงงานข้ามชาติ ทำงานรับจ้างใน ตลาดและโรงงาน เล็กๆ ย่านใกล้เคียง	เจ้าของหอไม่อนุญาตให้ขึ้นตึก การแก้ไขปัญหาคือการออก หนังสือที่เป็นทางการในการ ขออนุญาตขึ้นไปหอพักเพื่อ สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย การติดต่อสัมภาษณ์ และ สังเกตการณ์อยู่บริเวณหน้า หอพัก รวมทั้งใช้ความสัมพันธ์ ของผู้ร่วมวิจัยกับกลุ่มเป้าหมาย ที่เป็นแรงงานสัญชาติพม่าช่วย ประสานงาน
050 ประชากรชาวจีน บำเพ็ญ13	บ้านเดี่ยว หอพัก อพาร์ทเมนต์ ทาวน์เฮ้าส์ ตึกแถว อาคารพาณิชย์	คนไทยอาศัยอยู่เกือบ 100 เปอร์เซ็นต์	แหล่งที่พักอาศัย ของนักศึกษา คน ทำงาน เพราะอยู่ ใกล้สถานศึกษา และแหล่งบันเทิง	ไม่พบประชากรข้ามชาติ สามสัญชาติ เพราะอาศัยอยู่ บริเวณใกล้ตลาดห้วยขวาง ที่อยู่นอก EA

สภาพที่พักอาศัยของประชากรข้ามชาติมีหลายรูปแบบ ทั้งบ้านเดี่ยวแบ่งเช่า ห้องแถว ตึกแถว อพาร์ทเมนต์ หอพัก หรือแคมป์ก่อสร้างของคนงาน ที่จะอยู่ใกล้กับ แหล่งงาน เช่น บริเวณตลาดบางแค ตลาดคลองเตย ตลาดปากคลอง ช้างใน ตลาด และหลังตลาดรวมถึงชอกชอยบริเวณใกล้เคียง ส่วนใหญ่แหล่งที่พักอาศัยของประชากรข้ามชาติจะมีลักษณะเป็นตึกแถว อาคารพาณิชย์แบ่งซอยเป็นห้องเช่าเพื่อการพักอาศัย



การพักอาศัยในแคมป์คนงานก่อสร้าง ทั้งในพื้นที่ EA 058 เขตราชเทวีและพื้นที่ EA 021 เขตจตุจักร มีกลุ่มประชากรแรงงานข้ามชาติอยู่ปะปนกัน ทั้งแรงงานชาวกัมพูชา แรงงานชาวพม่า เป็นต้น ซึ่งคนงานเหล่านี้มักจะออกไปทำงานตามแหล่งงานก่อสร้างในช่วงเช้าตรู่และจะกลับมาที่พักในช่วงเวลา 18.00 น. หากไม่มีการทำงานล่วงเวลา แต่ถ้ามีการทำงานล่วงเวลาก็จะกลับมาประมาณ 20.00-21.00 น. ทำให้ทีมผู้วิจัยต้องปรับวิธีการเก็บข้อมูลให้ถูกกับช่วงเวลา และประสานงานกับหัวหน้าคนงานเพื่อเข้าไปเก็บข้อมูล รวมทั้งจัดหาล่ามในพื้นที่ที่สามารถสื่อสารภาษาเขมรได้ ก่อนที่จะลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม โดยกระบวนการเหล่านี้จะเริ่มต้นหลังจากการลงพื้นที่ภาคสนามโดยทีมวิจัยที่เรียกว่า ทีมพื้นราบ

4.3 สํารวจพื้นที่ : เข้าใจพื้นที่ เข้าใจคน

กระบวนการลงสำรวจพื้นที่ก่อนลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ EA เป็นหัวใจสำคัญต่อการทำความเข้าใจต่อพื้นที่ วิถีชีวิต การพักอาศัย การอยู่รวมกันและช่วงเวลาการใช้ชีวิต เช่น การทำงาน และการหยุดพักผ่อน กระบวนการที่ใช้ทำความเข้าใจพื้นที่จึงเริ่มต้นจาก การทำความเข้าใจแผนที่ EA เพื่อเทียบเคียงกับพื้นที่จริง ดูความเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงของพื้นที่ รวมทั้งข้อมูลปัจจุบันของพื้นที่ เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความสมบูรณ์ถูกต้อง และเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างครอบคลุมตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

กระบวนการแรกที่คณะนักวิจัยใช้ก็คือ การใช้ทีมงานพนักงานสนามส่วนหนึ่งเดินลงไปในพื้นที่ชุมชนเพื่อทำการสำรวจจำนวนครัวเรือน ที่พักอาศัย และบ้านเลขที่ในพื้นที่ ว่ามีความเหมือนหรือแตกต่างกับแผนที่ EA ของสำนักงานสถิติแห่งชาติหรือไม่ โดยทีมพื้นราบที่จะมีพนักงานสนามประมาณ 2-3 คน สำรวจเดินถือแผนที่ EA ลงไปในชุมชนต่างๆ ที่สุ่มตัวอย่างเลือกมา เพื่อตรวจสอบจำนวนบ้าน จำนวนครัวเรือน และหาข้อมูลเกี่ยวกับประชากรข้ามชาติและคนไทยในพื้นที่ ในส่วนที่เป็นคนไทยก็



สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลแบบนับจุดได้ทันที แต่ถ้าพบกลุ่มประชากรข้ามชาติก็จะทำเครื่องหมายไว้เพื่อให้ “ทีมลงพื้นที่” ที่มีพนักงานสนามชาวไทยและล่ามชาวพม่าลงพื้นที่ไปสัมภาษณ์เก็บข้อมูลในภายหลัง ในช่วงที่เราได้ลงเดินสำรวจพื้นที่พบความแตกต่างที่ปรากฏบนแผนที่ EA กับสภาพพื้นที่จริง รวมทั้งความรู้และบทเรียนใหม่ๆ ที่จะนำไปใช้ในการทำงานต่อไป

การสำรวจพื้นที่นำไปสู่ความเข้าใจวิถีชีวิตและช่วงเวลาในการทำงานของผู้คนที่อยู่ในพื้นที่ ทำให้สามารถกำหนดช่วงเวลาลงไปเก็บข้อมูลของประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติและคนไทย ที่มีช่วงเวลาในการทำงานไม่เหมือนกัน โดยทีมผู้วิจัยใช้วิธีการสอบถามและสังเกตการณ์การเคลื่อนไหวของผู้คนในพื้นที่ทั้งคนไทยและประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ เพื่อกำหนดรูปแบบและวิธีการในการลงเก็บข้อมูลทั้งแบบแจ้งนับและนับจุด

นอกจากนี้การสำรวจแผนที่ ยังเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการทำความเข้าใจลักษณะของพื้นที่ แหล่งที่พักอาศัย โรงงาน ตลาด ที่เป็นศูนย์รวมของกลุ่มคน รวมถึงลักษณะอื่นๆ ที่ปรากฏ เช่น การเป็นชุมชนประชากรข้ามชาติสามสัญชาติ (พม่า ลาว เขมร) การเป็นชุมชนคนไทย หรือพื้นที่ที่มีบ้านพักและแคมป์ของประชากรข้ามชาติที่ทำให้เราเข้าใจลักษณะของแรงงานข้ามชาติในพื้นที่ การพักอาศัยและช่วงเวลาของการทำงาน รวมทั้งช่วงวันหยุดงานประจำสัปดาห์ ที่จะนำไปสู่การเลือกวิธีการเก็บข้อมูลที่มีความแตกต่างกัน

4.4 การลงพื้นที่ : หลากวิธีในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล

กระบวนการลงเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง จะใช้พนักงานสนามชาวไทยประมาณ 10 คน และพนักงานสนามชาวพม่า ประมาณ 6-10 คน เพื่อจับคู่กัน สำหรับการสัมภาษณ์และการกรอกแบบสอบถาม แล้วแต่ความหนาแน่นของประชากรแรงงานข้ามชาติ



ในพื้นที่ ในบางพื้นที่ที่มีคนไทยอยู่อย่างหนาแน่นก็จะใช้คนไทยจำนวนมากกว่าล่ามชาวพม่า ช่วงเวลาของการเก็บข้อมูลในแต่ละวันจะแตกต่างกัน ตามเวลาที่ประชากรข้ามชาติเลิกงานหรือหยุดงาน ส่วนมากถ้าเป็นพื้นที่ที่มีประชากรข้ามชาติอยู่หนาแน่นก็จะลงเก็บข้อมูลในช่วงวันอาทิตย์ที่เป็นวันหยุดของบรรดาแรงงาน หากเป็นแรงงานที่ทำงานในตลาดที่ทำงานตลอดทั้งวัน ก็จะใช้วิธีการดักรอหน้าหอพัก เพื่อรอจังหวะช่วงที่เขาพักงานเพื่อสอบถามข้อมูล เป็นต้น สิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการเก็บข้อมูลก็คือ การเลือกใช้วิธีการที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และวิถีชีวิตของประชากรข้ามชาติ วิธีที่ทีมวิจัยใช้ในการทำงานมีหลากหลายแบบ คือ

1. การใช้ล่าม เป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ข้อมูลที่ต้องการสมบูรณ์ในพื้นที่ การได้ลงไปสำรวจว่ากลุ่มคนที่อยู่ในพื้นที่เป็นคนสัญชาติไหน จะนำไปสู่การวางแผนของการใช้ล่ามให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ เช่น คนมอญ คนกะเหรี่ยง คนเขมร ที่จะต้องใช้ล่ามให้เหมาะสมสอดคล้องกัน รวมทั้งปัญหาอันเนื่องมาจากอคติทางเชื้อชาติที่เกี่ยวข้องกับประวัติศาสตร์บางประการ เช่น คนมอญไม่ยอมพูดกับพนักงานสนามชาวพม่า หรือคนพม่าสื่อสารกับกะเหรี่ยงไม่ได้ ก็เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล ในช่วงหลังทางทีมวิจัยจึงใช้พนักงานสนามที่สามารถพูดภาษา มอญ และกะเหรี่ยงได้เป็นผู้สัมภาษณ์
2. การขออนุญาตเข้าไปในที่พักอาศัยของประชากรข้ามชาติเพื่อเก็บข้อมูล มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งการใช้หนังสือขออนุญาตเจ้าของหอพัก เจ้าของกิจการร้านอาหารที่มีลูกจ้าง บ้านจัดสรร อพาร์ทเมนต์ แคมป์คนงานและห้องเช่า
3. การประชาสัมพันธ์ จะใช้ในชุมชนที่มีลักษณะเป็นชุมชนคนไทย เพื่อไม่ให้ผู้อาศัยในชุมชนและผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกหวาดกลัว หรือสงสัยในการเข้ามาทำงานภาคสนามในพื้นที่ของกลุ่มผู้ศึกษา
4. การสร้างความเป็นทีม การสวมใส่แบบฟอร์มเดียวกันและการไม่สร้างความแตกต่าง ในบางพื้นที่ที่รู้สึกว่ามีผู้ให้ข้อมูล ไม่มั่นใจ หวาดกลัว ก็จะแต่งกายแบบไม่เป็นทางการ แต่งตามสบาย เพื่อให้เขาไว้วางใจในทีมของผู้เก็บข้อมูล



มากขึ้น แต่ในบางพื้นที่ เช่น ชุมชนคนไทย บ้านจัดสรร ก็อาจจะต้องแต่งกายให้เป็นทีมเดียวกันเพื่อสร้างความน่าเชื่อถือของผู้เก็บข้อมูล

5. การใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวสำหรับการเก็บข้อมูล ในบางพื้นที่ที่พนักงานสนามรู้จักชุมชนและคนที่อาศัยในชุมชนก็จะใช้ความสัมพันธ์ดังกล่าวในการเข้าไปเก็บข้อมูลในหอพักหรือแหล่งที่มีแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติอาศัยอยู่ ซึ่งมักจะได้รับข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลมากกว่าวิธีอื่นๆ
6. การสังเกตการณ์ดูความเคลื่อนไหว การออกไปทำงาน การกลับบ้าน เพื่อดูแหล่งพักอาศัยในบางพื้นที่ที่ลงเก็บข้อมูลพบว่ามีจำนวนแรงงานน้อยเกินกว่าความเป็นจริงก็จะใช้วิธีการสังเกตการณ์โดยสอบถามคนขายของ คนขายมะวินมอเตอร์ไซด์ที่อยู่ในพื้นที่ รวมทั้งการนั่งสังเกตการณ์บริเวณหอพัก ร้านค้า ชุมมียาตอง และบริเวณโรงงานเพื่อดูการเคลื่อนไหวระหว่างพื้นที่บ้านกับพื้นที่ทำงาน การรวมกลุ่มและปฏิสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มประชากรข้ามชาติ
7. การใช้วิธีการสอบถามประชากรข้ามชาติในพื้นที่ถึงแหล่งพักอาศัยและพื้นที่รวมกลุ่มของประชากรสามสัญชาติ เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลนำไปสู่กลุ่มเป้าหมายดังกล่าว โดยเฉพาะประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ ที่เป็นผู้หญิงและมีลูกอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในเมืองไทย เพื่อให้ได้กลุ่มเป้าหมายตรงกับวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและเข้าถึงแหล่งข้อมูลอย่างถูกต้อง

4.5 ปัญหาและข้อจำกัดในการเก็บข้อมูล

แม้ว่าทีมวิจัยจะใช้วิธีการอันหลากหลายในการเก็บข้อมูลภาคสนาม แต่ก็ยังมีปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ทำให้การเก็บข้อมูลไม่อาจทำได้อย่างสมบูรณ์ เช่น เรื่องของการทำความเข้าใจประเด็นที่ค่อนข้างอ่อนไหว เช่น การถามเรื่องของการมีบัตรประจำตัวหรือหนังสือเดินทาง ทีมวิจัยพบว่า หลายครั้งที่เริ่มต้นถามคำถามนี้กับประชากรข้ามชาติ สิ่งที่สัมผัสได้คือท่าทีที่เปลี่ยนไปของผู้ให้ข้อมูล ความไม่ไว้วางใจ และความกลัวที่จะตอบคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวด้านอื่นๆ ซึ่งทำให้ไม่ได้รับคำตอบ



ในหลายประเด็น หรือเรื่องของการทำงานที่เวลาเลิกงานและการเข้ากะงานไม่ตรงกัน สมาชิกในครอบครัวมักจะไม่รู้ข้อมูลของสมาชิกในครัวเรือน ทำให้รายละเอียดของสมาชิกบางคนในครอบครัวไม่ครบถ้วน

นอกจากนี้ การใช้คู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับลักษณะและรูปแบบของการศึกษาของประชากรแรงงาน 3 สัญชาติ และการนับปีเกิด รวมทั้งลักษณะของบัตรประเภทต่างๆ ที่ประชากรข้ามชาติน่าจะมีอยู่ ก็ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากแรงงานส่วนใหญ่ไม่มีบัตรประจำตัวและบัตรบางส่วนอยู่กับนายจ้าง รวมทั้งความสับสนของผู้ตอบแบบสอบถาม เพราะประชากรแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่ามีบัตรอยู่หลายใบ แต่ไม่ชัดเจนว่ามีบัตรอะไรบ้าง รวมทั้งมีแรงงานบางส่วนที่ไม่มีบัตร ซึ่งทำให้ข้อมูลในเรื่องของบัตรยังไม่ค่อยชัดเจนสมบูรณ์มากนัก

กล่าวโดยสรุป การพยายามใช้วิธีการที่หลากหลายในการเก็บข้อมูลและการเข้าถึงแหล่งข้อมูล ทำให้สามารถเก็บข้อมูลได้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและสอดคล้องกับระยะเวลาที่กำหนด โดยในแต่ละพื้นที่ EA ที่ลงเก็บข้อมูลภาคสนาม ทีมวิจัยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 2 วัน และใช้ทีมผู้วิจัยประมาณ 10-15 คน ในแต่ละครั้ง โดยจำนวนพนักงานสนามผันแปรตามความหนาแน่นของประชากรข้ามชาติในพื้นที่ และในทุกครั้งของการลงพื้นที่ EA จะมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถามที่ประชากรข้ามชาติตอบและประชุมสรุปบทเรียนการเก็บข้อมูลของทีมวิจัยในแต่ละวัน เพื่อวางแผนทางป้องกันปัญหาในวันต่อไป

ดังนั้น สิ่งสำคัญในการทำสำมะโนประชากรข้ามชาติ จึงประกอบไปด้วย การเตรียมคนให้พร้อมสำหรับการเก็บข้อมูล การทำความเข้าใจแบบสอบถามของการวิจัย ข้อมูลพื้นฐานของประชากรสามสัญชาติที่จะต้องพบในพื้นที่ การเรียนรู้เทคนิควิธีการเก็บข้อมูลภาคสนาม รวมถึงการทำความเข้าใจพื้นที่ ท่ามกลางความหลากหลายของพื้นที่และวิถีชีวิตของผู้คน เพื่อเลือกใช้วิธีการวิจัยที่เหมาะสม สอดคล้องกับพื้นที่ ช่วงเวลา ความแตกต่างทางวัฒนธรรม และการทำงานของประชากรข้ามชาติ รวมถึง



ปรับวิธีการทำงานให้สามารถรองรับกับสถานการณ์เฉพาะหน้าและปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ที่มีอยู่ตลอดเวลา เพื่อให้การเก็บข้อมูลสามารถดำเนินไปได้อย่างเรียบร้อย อันจะนำไปสู่ข้อมูลที่ถูกต้องในการวางแผนและการพัฒนาประเทศไทยในอนาคตต่อไป

บทที่ 5

ฐานข้อมูล
ประชากรข้ามชาติ
และแนวทางการคาดประมาณ



ฐานข้อมูลประชากรข้ามชาติ และแนวทางการคาดประมาณ

กลุ่มคนต่างชาตินี้อพยพมาจากประเทศพม่า กัมพูชา และลาว เป็นกลุ่มประชากรข้ามชาติที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย โดยการเข้ามาทำงานในประเทศไทยมีทั้งที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายและลักลอบเข้ามา ทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนที่แน่นอนได้ ซึ่งจะเป็อุปสรรคในการกำหนดนโยบายและวางแผนทางเศรษฐกิจและสังคมให้กับประชากรเหล่านี้ได้แก่ สถิติการทางสังคม การรักษาพยาบาล การอนามัยแม่และเด็ก การจัดการศึกษาให้กับลูกของแรงงานข้ามชาติ เป็นต้น

ปัจจุบัน ประเทศไทยยังไม่มี การคาดประมาณประชากรข้ามชาติกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ ที่ผ่านมามีการศึกษาการคาดประมาณจำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายในประเทศไทยใน ปี 2543 โดย **กฤตยา อาชวนิจกุล** และ **ฟิลิป เกสต์** โดยศึกษาจากผู้หลบหนีเข้าเมืองหรือลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายที่เข้ามาเป็นแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย และรวบรวมการคาดประมาณแรงงานข้ามชาติที่ลักลอบเข้าเมืองจากหน่วยงานต่างๆ ได้ดังนี้



- ▲ **กระทรวงมหาดไทย** คาดประมาณผู้หลบหนีเข้าเมืองประเภทต่างๆ ระหว่างปี 2536-2537 มีประมาณ 975,756 คน เป็นชาวพม่า 200,000 คน
- ▲ **สภาความมั่นคงแห่งชาติ** ทำการประเมินในช่วงปี 2536-2537 จากข้อมูลด้านการข่าวและการรวบรวมข้อมูลคนงานข้ามชาติตามสถานประกอบการสาขาต่างๆ พบแรงงานไร้ฝีมือ 211,492 คน
- ▲ **สำนักงานตรวจคนเข้าเมือง** ประเมินแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายในประเทศไทย ในปี 2537 มีจำนวน 525,480 คน เป็นแรงงานสัญชาติพม่ามากที่สุด ประมาณ 300,000 คน โดยไม่ได้ระบุถึงวิธีการประเมิน
- ▲ **กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน** สํารวจเจ้าของสถานประกอบการผ่านความร่วมมือของหอการค้าจังหวัด เดือนกุมภาพันธ์ 2539 พบจำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย 741,999 คน ในเดือนกันยายน 2540 พบ 986,889 คน และใช้ตัวเลขนี้ เป็นฐานสํารวจการเปลี่ยนแปลงจำนวนในปี 2541 โดยลบจำนวนแรงงานผิดกฎหมายที่มาจากทะเบียนและจำนวนที่สำนักงานตรวจคนเข้าเมืองส่งกลับ เหลือจำนวนแรงงานข้ามชาติที่เหลืออยู่ในประเทศ 558,904 คน เมื่อรวมกับผู้ได้รับใบอนุญาตทำงาน จะมีจำนวน 709,442 คน
- ▲ **การประเมินของภาคธุรกิจเอกชน** ในปี 2538 หอการค้าอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ประเมินจากผู้ประกอบการที่เป็นสมาชิกและไม่ได้เป็นสมาชิกหอการค้า ได้ตัวเลขแรงงานข้ามชาติ 7,064 คน และในปี 2539 หอการค้าจังหวัดภูเก็ต ประเมินโดยนักวิชาการในคณะกรรมการหอการค้า ทำการสำรวจสถานประกอบการที่มีการจ้างแรงงานข้ามชาติ ได้ตัวเลขจำนวนแรงงานข้ามชาติคาดประมาณขั้นต่ำที่ 23,500 คน
- ▲ **การสำรวจและคาดประมาณของมหาวิทยาลัยมหิดล** สํารวจโดยใช้แบบสำรวจจำนวนแรงงานข้ามชาติในปี 2539 ผ่านสำนักงานจัดหางานจังหวัดและหอการค้าทั่วประเทศ รวมกับข้อมูลเอกสารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรพื้นที่ 15 จังหวัด เป็นฐานข้อมูลในการคาดประมาณ สรุปตัวเลขจำนวนแรงงานต่างชาติดังกล่าวอยู่ที่ 970,903 คน ในจำนวนนี้เป็นแรงงานพม่ามากกว่า 775,000 คน



- ▲ **การคาดประมาณระดับจังหวัด** เป็นการประเมินโดยหน่วยงานภาครัฐ เช่น สำนักงานจัดหางานจังหวัดหรืออุตสาหกรรมจังหวัด เช่น จังหวัดระนอง ประเมินโดยสำนักงานจัดหางานจังหวัดในปี 2541 มีแรงงาน 70,079 คน เป็นผู้พลัดถิ่นสัญชาติพม่า 2,362 คน ผู้หลบหนีเข้าเมือง 15,677 คน ผู้มีใบอนุญาตทำงาน 11,815 คน ผู้ลักลอบทำงาน 40,225 คน จังหวัดตาก ประเมินโดยสภาอุตสาหกรรมจังหวัดร่วมกับหอการค้า มีแรงงานข้ามชาติ 83,200 คน จังหวัดสมุทรสาคร ประเมินจากสมาชิกที่เป็นผู้ประกอบการของประชาคมสาธารณสุขจังหวัด มีแรงงานข้ามชาติ 143,892 คน
- ▲ **การคาดประมาณแรงงานเด็กข้ามชาติในประเทศไทย** ในปี 2539 สามารถคาดประมาณได้จากข้อมูลสำนักงานตรวจคนเข้าเมืองที่พบจำนวนคนข้ามชาติอายุระหว่าง 0-18 ปี ที่ร้อยละ 20 และสัดส่วนของแรงงานที่จดทะเบียนอายุระหว่าง 15-18 ปี ที่มีประมาณร้อยละ 20 มีความเป็นไปได้ที่แรงงานในกลุ่มนี้ซึ่งทำงานในโรงงานขนาดเล็กหรือทำงานตามบ้าน จะไม่บอกอายุที่แท้จริง การคาดประมาณจำนวนเด็กข้ามชาติในประเทศไทย จึงใช้สัดส่วนร้อยละ 20 ของจำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายจำนวน 970,903 คน คำนวณได้แรงงานเด็กประมาณ 194,180 คน

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ตัวเลขจำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายของแต่ละหน่วยงานไม่ตรงกัน แตกต่างกันไปตามวิธีการเก็บข้อมูลและการประเมินของหน่วยงานนั้นๆ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่จัดเก็บตามลักษณะงานตามความรับผิดชอบของหน่วยงาน หรือความต้องการใช้ประโยชน์เฉพาะในพื้นที่ ไม่ครอบคลุมจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมด จึงทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลจากหน่วยงานใดอ้างอิงจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมดได้



5.1 ฐานข้อมูลประชากรข้ามชาติในประเทศไทย

ปัจจุบัน มีการเก็บข้อมูลประชากรข้ามชาติในหน่วยงานหลัก 3 หน่วยงาน คือ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงแรงงานและกระทรวงมหาดไทย ซึ่งแต่ละหน่วยงาน มีความแตกต่างในข้อมูลที่เก็บและวิธีการเก็บ มีรายละเอียดดังนี้

1) สำนักงานสถิติแห่งชาติ

สำนักงานสถิติแห่งชาติ มีหน้าที่จัดทำสำมะโนประชากร ตั้งแต่ พ.ศ.2503 ในทุก ระยะ 10 ปี ตามข้อเสนอแนะขององค์การสหประชาชาติที่ต้องการให้ประเทศต่างๆ เก็บรวบรวมข้อมูลสถิติเกี่ยวกับลักษณะต่างๆ ของประชากร และสภาพการอยู่อาศัย ของประชากรในประเทศอย่างน้อยทุกระยะ 10 ปี ในปีคริสต์ศักราชที่ลงท้ายด้วย 0 เพื่อให้ข้อมูลจากสำมะโนของแต่ละประเทศสามารถเปรียบเทียบกันได้ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2513 เป็นต้นมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ จึงจัดทำสำมะโนเคหะไปพร้อมกับการทำสำมะโน ประชากรด้วย

สำหรับการทำสำมะโนประชากรและเคหะครั้งล่าสุด ในปี 2553 เป็นครั้งแรก ที่มีการทำสำมะโนประชากร ที่ “คุ่มรวม” ประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยไว้ทั้งในแบบ นับจด (สปค.1) และแบบแฉงนับ (สปค.2) ในการทำสำมะโนประชากรและเคหะใน กรุงเทพมหานครและเขตเทศบาลทั่วประเทศ จะมีการแบ่งพื้นที่ออกเป็นพื้นที่ย่อยๆ เรียกว่า พื้นที่สำมะโน (Census Block) หรือ พื้นที่แฉงนับ Enumeration Area ที่เรียกล่อว่า EA โดยพื้นที่ 1 EA จะมีครัวเรือนประมาณ 150-200 ครัวเรือน และมี แผนที่กำลังบอกว่า พื้นที่ EA นั้นอยู่ในบริเวณ เขต/อำเภอ แขวง/ตำบลใด ในจังหวัดอะไร

จากผลรายงานเบื้องต้น พบประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทยในประเทศไทยทั้งหมด 3.2 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 4.9 ของประชากรทั้งประเทศ และจำนวนประมาณ 8 แสนคน อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร เมื่อศึกษาในรายละเอียด พบว่า มีจำนวน ประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย จำนวน 727,554 คน ซึ่งเป็นข้อมูลตามแบบนับจดและ แบบข้อมูลแฉงนับ มีประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในสัดส่วน 0.48 ของประชากร ทั้งหมดที่ไม่มีสัญชาติไทย หรือเป็นจำนวน 349,025 คน



ในการสำมะโนประชากรและเคหะมีข้อดีคือสามารถนับจำนวนและรายละเอียดประชากรได้ครบทุกคนในครัวเรือนหากสามารถเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลได้ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถเก็บข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ เนื่องจากปัญหาการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล และการสื่อสารในการเก็บข้อมูลประชากรที่ไม่มีสัญชาติไทย

2) กระทรวงแรงงาน

กระทรวงแรงงาน โดยสำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน เก็บรวบรวมข้อมูลจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติทั่วประเทศแบ่งตามรายภาคและรายจังหวัดเฉพาะกลุ่มแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ พม่า กัมพูชาและลาว ประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติเข้าเมืองผิดกฎหมาย ประเภทผ่อนผันตามมติคณะรัฐมนตรี (มาตรา 13) และ (2) กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ และ (3) กลุ่มนำเข้าจากประเทศต้นทาง โดยสองกลุ่มหลังนี้ เป็นไปตามมาตรา 9 ตามบันทึกข้อตกลงระหว่างประเทศ ว่าด้วยการจ้างแรงงานข้ามชาติกับประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา รายละเอียดในแต่ละกลุ่ม มีดังต่อไปนี้

- ▲ **กลุ่มแรงงานข้ามชาติตามมติคณะรัฐมนตรี**เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติเข้าเมืองผิดกฎหมาย แต่ผ่อนผันตามมาตรา 13 ตามมติคณะรัฐมนตรีปีต่อปี โดยแรงงานต้องต่ออายุแรงงานทุกปี ดำเนินงานตั้งแต่ พ.ศ.2535 และเปิดกว้างการจดทะเบียนตามนโยบายจัดระบบแรงงาน ในปี พ.ศ.2547 เป็นต้นมา ข้อมูลชุดนี้แสดงถึงจำนวนของประชากรข้ามชาติที่เป็นแรงงานได้เพียงระดับหนึ่ง ตามการผันแปรของเกณฑ์และแนวปฏิบัติในการจดทะเบียนตามมติคณะรัฐมนตรีของปีนั้นๆ เป็นหลัก ในทางปฏิบัติพบว่า แรงงานที่เข้าสู่การต่อทะเบียนรายปีในลักษณะนี้มีจำนวนน้อยลงทุกๆ ปี อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่น้อยลงก็มิได้หมายถึงจำนวนแรงงานที่น้อยลง แต่อาจหมายถึงแรงงานจำนวนมากไม่ได้จดทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตทำงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ทั้งนี้พบว่า การจดทะเบียนในปี พ.ศ.2552 และ 2554 ที่รัฐบาลผ่อนผันให้แรงงานที่เข้ามาใหม่เข้าสู่ระบบการจดทะเบียนได้ ทำให้แรงงานข้ามชาติที่มาจดทะเบียนมีจำนวนมากขึ้น



ตารางที่ 17 จำนวนแรงงานข้ามชาติผ่อนผันตามมาตรา 13 สัญชาติพม่า ลาว และ กัมพูชา ในปี พ.ศ.2547-2554

มติ ครม.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

* เป็นปีที่มติดิคณะรัฐมนตรีเปิดให้คนข้ามชาติที่ประสงค์จะทำงานแต่ไม่มีชื่อในทะเบียนราษฎรเข้าสู่ระบบการจดทะเบียนเพื่อขออนุญาตทำงานได้เพิ่มเติม
ที่มา:

1. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติ การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547 ทั่วประเทศ ข้อมูล ณ 15 เมษายน พ.ศ.2548
2. สรุปผลการออกใบอนุญาตทำงานของแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ตามมติคณะรัฐมนตรี 19 ธันวาคม 2549 ระหว่างวันที่ 15 มกราคม – 30 มิถุนายน 2550
3. จำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ทัวระชาณาจักร สรุปปี 2551 ณ เดือนธันวาคม 2551



4. จำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ทวีราชอาณาจักร สรุปี 2551 ณ เดือนมกราคม 2553
5. สรุปีข้อมูลคนข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานทวีราชอาณาจักร สำนักบริหารงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน เดือนตุลาคม 2553
6. จำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ทวีราชอาณาจักร ณ เดือนกันยายน 2554

▲ **กลุ่มพิสูจน์สัญชาติ** เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ที่ได้รับการจัดระบบตามยุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหาแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองทั้งระบบ 7 ยุทธศาสตร์โดยดำเนินการตามประเด็นยุทธศาสตร์ที่ 1. การจัดระบบการจ้างแรงงานข้ามชาติ หลักการคือ ปรับสภาพภาพแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมืองให้เป็นแรงงานเข้าเมืองโดยถูกต้องตามกฎหมาย เปิดโอกาสให้นายจ้างนำแรงงานข้ามชาติมารายงานตัวเพื่อทำการพิสูจน์และรับรองสถานะว่า เป็นประชาชนของประเทศต้นทางจริง โดยประเทศต้นทางจะออกเอกสารการเดินทางชั่วคราวให้ได้แก่หนังสือเดินทางชั่วคราว (Temporary Passport) หรือเอกสารรับรองบุคคล (Certificate of Identity) จากนั้นก็จะได้รับบัตรใบอนุญาตทำงานใหม่เป็นเล่มปกสีน้ำเงิน มีสถานะเป็นแรงงานเข้าเมืองถูกกฎหมาย

▲ **กลุ่มนำเข้าจากประเทศต้นทาง** โดยการนำเข้านี้ ผู้ประสงค์จะมาทำงานที่ประเทศไทย จะมีหนังสือเดินทางที่ออกโดยประเทศต้นทางได้รับอนุญาตให้ทำงานในประเทศไทยได้ไม่เกิน 4 ปี โดยบัตรอนุญาตทำงานจะมีอายุสองปี

จำนวนสะสมของแรงงานข้ามชาติที่พิสูจน์สัญชาติและนำเข้าตามมาตรา 9 จึงมีค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนผ่อนผันตามมาตรา 13 ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในตารางที่ 18



ตารางที่ 18 จำนวนแรงงานข้ามชาติมาตรา 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
นำเข้าจากประเทศ ต้นทาง (มาตรา 9)	65,224	5,056	46,322	13,846
รวม	1,684,837	1,220,732	303,835	160,270

ที่มาของข้อมูล: จำนวนแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย มาตรา 13 ตามมติ ครม. 3 สัญชาติ (พม่า ลาว กัมพูชา) ทัวราชาณาจักร ณ เดือนกันยายน 2554

อนึ่ง เมื่อแรงงานในระบบผ่อนผันในมาตรา 13 ได้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติแล้ว ก็จะถูกตัดจากรฐานข้อมูลของจำนวนแรงงานในระบบผ่อนผันทันที แต่สำหรับฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบฝ่ายการทะเบียนข้ามชาติในเดือนพฤศจิกายน 2554 เจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลว่า สำนักทะเบียนราษฎร กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยได้มีข้อตกลงกับกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน ให้ส่งข้อมูลเลข 13 หลักของแรงงานข้ามชาติที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติเพื่อดำเนินการคัดชื่อออกจากฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร และ ณ เดือนพฤศจิกายน 2554 ฝ่ายการทะเบียนข้ามชาติ ยังไม่ได้รับข้อมูลผู้ที่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติดังกล่าว หลังจากที่กระทรวงแรงงานได้ประกาศไม่ขยายเวลาการพิสูจน์สัญชาติในเดือนธันวาคม พ.ศ.2555 ในเดือนมกราคม 2556 ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบฝ่ายการทะเบียนราษฎรเพิ่มเติมถึงแนวทางปฏิบัติ และพบว่า ฝ่ายฯ กำลังอยู่ระหว่างการจัดทำเอกสารเป็นทางการต่อกรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน เพื่อขอข้อมูลผู้ผ่านการพิสูจน์สัญชาติเพื่อคัดชื่อออกจากทะเบียนราษฎรต่อไป

จากฐานข้อมูลประชากรข้ามชาติในระบบต่างๆ พบว่า ในจำนวนต่างๆ ที่กล่าวมานี้ ยังไม่รวมถึงแรงงานที่ทำงานโดยไม่มีเอกสาร ผู้ติดตามแรงงานและครอบครัวที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย



สำหรับกรุงเทพมหานคร มีการแบ่งย่อยพื้นที่ที่จัดเก็บข้อมูลเป็น 10 พื้นที่ ตามสำนักงานจัดหางานเขตที่ 1-10 โดยมีรายละเอียดประเภทการจดทะเบียนดังตารางที่ 19

ตารางที่ 19 จำนวนคนข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตทำงานคงเหลือที่ราชอาณาจักร จำนวนตามลักษณะการเข้าเมืองและประเภทของคนข้ามชาติ

จังหวัด	รวมทั้งสิ้น (คน)	เข้าเมืองถูกกฎหมาย						เข้าเมืองผิดกฎหมาย			Province
		รวม เข้าเมือง ถูกกฎหมาย (คน)	ตลอดชีพ	ทั่วไป	MOU*		มาตรา 12	รวม เข้าเมือง ผิดกฎหมาย (คน)	มาตรา 13		
					พิสูจน์สัญชาติ	นำเข้า			ส่งเสริมการลงทุน BOI	ชนกลุ่มน้อย (พม่า ลาวและกัมพูชา)	
กัวราชอาณาจักร	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
บริเวณเขต	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	52,069	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 (สีลม/สีหิ)	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 (ธนบุรี)	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 (ราชบุรี/ธนบุรี)	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 (ราชวินิต)	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 : สำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ ข้อมูล ณ เดือนเมษายน 2555



จากตารางดังกล่าวข้างต้น พบว่า กรุงเทพมหานคร ณ เดือนเมษายน 2555 มีจำนวนแรงงานข้ามชาติที่มาจากประเทศพม่า กัมพูชาและลาว จดทะเบียน 414,797 คน (เป็นผลรวมของข้อมูลจากตารางที่ 20 ในช่องมาตรา 9 ในส่วนของ MOU พิสูจน์สัญชาติและนำเข้า และมาตรา 13 ในส่วนของมติ ครม. 3 สัญชาติ)

ข้อดีของฐานข้อมูลแรงงานจดทะเบียน คือ เป็นแรงงานข้ามชาติที่มีตัวตนจริง แต่เป็นข้อมูลเฉพาะตัวแรงงานข้ามชาติเท่านั้น ไม่รวมถึงผู้ติดตามและครอบครัว เช่น ภรรยา หรือ ลูก ที่ไม่ได้มีการจดทะเบียนในกลุ่มนี้

4) กระทรวงมหาดไทย

กระทรวงมหาดไทย โดยสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง ได้เก็บข้อมูลที่แรงงานข้ามชาติมารายงานตัวเพื่อรับเลข 13 หลัก (เอกสารทร. 38/1) โดยเริ่มใน พ.ศ. 2547 ตามนโยบายการจดทะเบียนประชากรข้ามชาติทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย แม้ว่าจะเป็นการดำเนินการในระยะสั้น แต่ความพยายามในครั้งนั้น ทำให้มีประชากรข้ามชาติออกมารายงานตัวในระบบทะเบียนราษฎรจำนวนมาก ถือเป็นครั้งแรกที่ทำให้ภาครัฐทราบจำนวนประชากรข้ามชาติสัญชาติ พม่า ลาว และกัมพูชาที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยทั้งที่มีเอกสารและไม่มีเอกสาร ซึ่งพบว่ามีประชากรข้ามชาติทั้งแรงงาน ครอบครัวและผู้ติดตามในฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรทั่วประเทศไทยจำนวนถึง 1,284,920 หรือเกือบ 1.3 ล้านคน



ตารางที่ 20 จำนวนประชากรข้ามชาติตามทะเบียนราษฎร สัญชาติพม่า ลาว และ กัมพูชา ปี พ.ศ.2547

ภูมิภาค จำนวน	รวมทั้ง ประเทศ	รวมทุก ภูมิภาค	กรุงเทพ	ภาค กลาง	ภาค ตะวันออก	ภาค ตะวันตก	ภาค เหนือ	ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ	ภาค ใต้
แรงงาน ข้ามชาติ	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. แบบรายงานและรายงานตัวแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติ พม่า ลาว และ กัมพูชา ปี 2547 (ตท. 1) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย วันที่ 4 ตุลาคม พ.ศ.2547
2. แบบรายงานผลความต้องการจ้างแรงงานข้ามชาติ การพิจารณาจำนวนการอนุญาต (โควต้า) และการพิจารณาออกใบอนุญาตทำงานของคนข้ามชาติ หลบนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ปี 2547 ทั่วประเทศ ข้อมูล ณ 15 เมษายน พ.ศ.2548

การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในฝ่ายการทะเบียนข้ามชาติ สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ทางโทรศัพท์เพิ่มเติมในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2554 พบว่า การจัดเก็บข้อมูลทะเบียนราษฎรรายปีนั้น เป็นลักษณะข้อมูลประชากร รายใหม่ โดยในแต่ละปี หากรัฐมีนโยบายการเปิดกว้างจดทะเบียนแรงงาน ก็จะมี คนข้ามชาติเข้าสู่ระบบฐานข้อมูลทะเบียนราษฎรเพิ่มเติม รวมทั้งเด็กข้ามชาติเกิดใหม่ ในประเทศไทยที่มีการแจ้งเกิดในปีนั้นๆ ด้วย ทั้งนี้ หากแรงงานมีการย้ายออกจาก พื้นที่ โดยทั่วไปเจ้าบ้านคนไทย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นนายจ้างจะดำเนินการแจ้งย้ายออก จากทะเบียนราษฎรเสมอ ยกเว้นในกรณีที่แรงงานและผู้ติดตามขึ้นทะเบียนในทะเบียน บ้านกลางในกรณีนี้พบว่าหากไม่มีการแจ้งย้ายออก ข้อมูลก็ยังคงปรากฏในทะเบียนราษฎร



สำหรับผู้ติดตามและครอบครัวของแรงงานนโยบายอนุญาตให้จดทะเบียนราษฎรได้ในปี พ.ศ.2547 และ พ.ศ.2549 เท่านั้น แต่หลังปี พ.ศ.2550 รัฐไม่อนุญาตให้ผู้ติดตามจดทะเบียนราษฎร ดังนั้นแม้ว่าจะมีประชากรกลุ่มนี้ในชุมชนก็ตาม รวมทั้งแรงงานที่ทำงานในประเทศไทยแต่เข้าสู่ระบบการจดทะเบียนไม่ได้และทำงานอย่างผิดกฎหมาย หรือแรงงานที่นำเข้ามาใหม่ตามบันทึกช่วยจำด้านแรงงานระหว่างประเทศ หรือแรงงานตามมาตรา 9 ก็ไม่ปรากฏชื่อในทะเบียนราษฎรด้วย

จากนโยบายการจัดระบบแรงงานข้ามชาติดังกล่าว จำนวนประชากรข้ามชาติสะสมสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา ในทะเบียนราษฎร เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 – พ.ศ.2554 แสดงไว้ในตารางที่ 21

ตารางที่ 21 จำนวนประชากรข้ามชาติในทะเบียนราษฎร 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) ประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ พม่า ลาวและกัมพูชา ปี 2547-2554กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ข้อมูล ณ วันที่ 17 พฤศจิกายน 2554

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



จากวิธีการจัดเก็บและข้อจำกัดของฐานข้อมูลต่างๆ ที่จัดเก็บข้อมูลเพียงบางส่วนอาจกล่าวได้ว่าข้อมูลประชากรข้ามชาติที่มีอยู่ในฐานข้อมูลปัจจุบัน ยังไม่สามารถรวบรวมจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมดในประเทศไทยหรือเพียงเฉพาะกรุงเทพมหานครได้ การศึกษาครั้งนี้ จึงมุ่งศึกษาเพื่อคาดประมาณประชากรข้ามชาติอย่างเป็นระบบที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด โดยศึกษานำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ข้อมูลปฐมภูมิมารจากการเก็บข้อมูลประชากรตามวิธีการสำมะโนประชากรและเคหะ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยสุ่มเลือกพื้นที่จากพื้นที่ที่ทำการสำมะโนประชากรและเคหะในปี 2553 และข้อมูลทุติยภูมิที่เลือกใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลจากการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ ของสำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน นำมาใช้เป็นตัวเลขในการคาดประมาณประชากรข้ามชาติที่อพยพมาจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชาในกรุงเทพมหานคร

5.2 วิธีการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ

วิธีการคาดประมาณประชากรข้ามชาติในการศึกษานี้ เป็นการคาดประมาณจากข้อมูลที่มีอยู่ คือข้อมูลประชากรจากพื้นที่กรุงเทพมหานครนคร 21 EA ตามสัดส่วนผู้มีและไม่มีบัตรประจำตัว และสัดส่วนประชากรในช่วงอายุต่างๆ ร่วมกับข้อมูลการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติซึ่งจะใช้เป็นฐานในการคำนวณหาจำนวนประชากรนี้ และข้อมูลที่ได้จากการคาดประมาณจะนำมาเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลแรงงานข้ามชาติของหน่วยงานอื่นๆ ซึ่งเป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เรียกว่า Triangulation ในรูปแบบของการใช้ข้อมูลจากหลายแหล่งข้อมูล (Data Triangulation) และวิธีการเก็บข้อมูล (Method Triangulation)

ในการศึกษานี้ เลือกใช้จำนวนแรงงานข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในกรุงเทพมหานคร จากข้อมูลจากการจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ ณ เดือนเมษายน 2555 ที่มีจำนวน 414,797 คน เป็นค่าน้อยที่สุดของการคาดประมาณ เพราะเป็น



ข้อมูลจดทะเบียนที่มีการยืนยันการมีตัวตนจริงของแรงงานข้ามชาติทั้ง 3 สัญชาติ เหตุผลในการเลือกชุดข้อมูลในเดือนเมษายน 2555 เพราะเป็นช่วงเวลาเดียวกันกับ ที่ทำการเก็บข้อมูลสำมะโนประชากรข้ามชาติภาคสนาม

สรุปแนวทางในการคาดประมาณดังนี้

(1) เริ่มต้นจากกำหนดฐานจำนวนประชากรข้ามชาติที่ใช้ในการคำนวณ โดยเลือกใช้จำนวนแรงงานข้ามชาติ 3 สัญชาติที่จดทะเบียนในกรุงเทพมหานครของกระทรวงแรงงาน ให้เป็นค่าน้อยที่สุดของการคาดประมาณ คือ 414,797 คน

(2) เมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้มีบัตรและไม่มีบัตรแล้ว พบว่าการไม่ตอบคำถามข้อนี้ มีไม่ถึงร้อยละ 2 ของประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ จึงสามารถใช้สัดส่วนของผู้มีบัตรและไม่มีบัตรจากการสำรวจ 21 พื้นที่ เพื่อนำมาคำนวณหาค่าปานกลาง และค่ามากที่สุดของจำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ ในกรุงเทพมหานคร โดยจะใช้สัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรจากการสำรวจคือร้อยละ 88.18 ในการคำนวณหาข้อมูลจำนวนแรงงานข้ามชาติที่เป็นค่ากลาง และจะใช้สัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรน้อยที่สุดจากการสำรวจคือร้อยละ 64.29 ในการคำนวณหาข้อมูลจำนวนแรงงานข้ามชาติระดับมากที่สุด

(3) ใช้สัดส่วนของจำนวนประชากรข้ามชาติที่อายุต่ำกว่า 15 ปี คือร้อยละ 5.74 ที่ได้จากการสำรวจในการศึกษา (ดูตารางที่ 6 ในบทที่ 4) นำมาคำนวณหาจำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติทั้งหมด (ทั้งที่เป็นแรงงานและเด็ก) และจำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ในกรุงเทพมหานคร

จำนวนคาดประมาณประชากรข้ามชาติสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชา ในกรุงเทพมหานคร

การคาดประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติ 3 ระดับ คือ น้อยที่สุด ปานกลาง และมากที่สุด ดังนี้

จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติจากการคาดประมาณระดับน้อยที่สุด

จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ 414,797 คนนี้ เป็นจำนวนประชากรที่มี



บัตรประจำตัวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี ดังนั้น หากจะคาดประมาณประชากร 3 สัญชาติทั้งหมด รวมถึงประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย สามารถคาดประมาณโดยใช้สัดส่วนประชากร 3 สัญชาติ ที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้จากการเก็บข้อมูล คือ ร้อยละ 5.74 มาคำนวณ ซึ่งทำให้ได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติทั้งหมดในระดับปานกลาง คือ 414,797 คน หาดด้วย (1-5.74%) เท่ากับ 440,056 คน และจะได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จากจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมด 440,056 คน ลบด้วยแรงงานข้ามชาติ 414,797 คน เท่ากับ 25,259 คน

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

จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติจากการคาดประมาณระดับปานกลาง

การคาดประมาณประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในระดับปานกลาง จะใช้สัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรประจำตัวจากการสำรวจ คือ ร้อยละ 88.18 มาคำนวณจำนวนประชากร โดยใช้จำนวนประชากร 3 สัญชาติที่จดทะเบียน คือ จำนวน 414,797 คน เป็นฐานในการคำนวณค่ากลางของการคาดประมาณ จะเท่ากับจำนวนแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนหาดด้วยสัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรจากการสำรวจ จะได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในระดับปานกลาง เท่ากับ 414,797 คน หาดด้วย 88.18% ซึ่งเท่ากับ 499,057 คน จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ 499,057 คนนี้ เป็นจำนวนประชากรที่มีบัตรประจำตัวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

ดังนั้น หากจะคาดประมาณประชากร 3 สัญชาติทั้งหมด รวมถึงประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย จะสามารถคาดประมาณโดยใช้สัดส่วนประชากร 3 สัญชาติที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้จากการเก็บข้อมูล คือ ร้อยละ 5.74 มาคำนวณ จะได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติทั้งหมดในระดับปานกลาง คือ 527,716 คน หาดด้วย (1-5.74%) เท่ากับ 497,407 คน และจะได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติที่



อายุต่ำกว่า 15 ปี จากจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมด 527,716 คน ลบด้วยแรงงานข้ามชาติ 499,057 คน เท่ากับ 28,659 คน

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

จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ จากการคาดประมาณระดับมากที่สุด

การคาดประมาณประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในระดับมากที่สุด จะใช้สัดส่วนเฉลี่ยของผู้ที่มีบัตรประจำตัวน้อยที่สุดจากการสำรวจ คือ ร้อยละ 64.29 นำมาคำนวณจำนวนประชากร โดยใช้จำนวนประชากร 3 สัญชาติที่จดทะเบียน คือ จำนวน 414,797 คน เป็นฐานในการคำนวณค่ามากที่สุดของการคาดประมาณ จะเท่ากับจำนวนแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนหารด้วยสัดส่วนของผู้ที่มีบัตรที่น้อยที่สุดจากการสำรวจ จะได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในระดับมากที่สุด เท่ากับ 414,797 คน หารด้วย 64.29 % ซึ่งเท่ากับ 645,197 คน จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ 645,197 คนนี้ เป็นจำนวนประชากรที่มีบัตรประจำตัวที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานได้ ซึ่งหมายถึงประชากรที่มีอายุมากกว่า 15 ปี

ดังนั้น หากจะคาดประมาณประชากร 3 สัญชาติทั้งหมด รวมทั้งประชากรที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปีด้วย จะสามารถคาดประมาณโดยใช้สัดส่วนประชากร 3 สัญชาติที่มีอายุน้อยกว่า 15 ปี ที่ได้จากการเก็บข้อมูล คือ ร้อยละ 5.74 มาคำนวณ ทำให้ได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติทั้งหมดในระดับมากที่สุด คือ 645,197 คน หารด้วย (1-5.74%) เท่ากับ 684,486 คน และจะได้จำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติที่อายุต่ำกว่า 15 ปี จากจำนวนประชากรข้ามชาติทั้งหมด 684,486 คน ลบด้วยแรงงานข้ามชาติ 645,197 คน เท่ากับ 39,289 คน

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



กล่าวโดยสรุป จำนวนประชากรข้ามชาติ 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 และช่วงอายุของประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ ในกรุงเทพมหานครจากการเก็บข้อมูล
ปานกลาง	527,716 คน (อายุมากกว่า 15 ปี 499,057 คน อายุต่ำกว่า 15 ปี 28,659 คน)	คำนวณจากข้อมูลสัดส่วนการมีบัตรประจำตัว และช่วงอายุของประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติ ในกรุงเทพมหานครจากการเก็บข้อมูล
น้อยที่สุด	440,056 คน (อายุมากกว่า 15 ปี 414,797 คน อายุต่ำกว่า 15 ปี 25,259 คน)	จำนวนประชากรข้ามชาติที่ได้รับอนุญาตให้ทำงานในกรุงเทพมหานคร ในเดือนเมษายน พ.ศ.2555 และช่วงอายุของประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในกรุงเทพฯ จากการเก็บข้อมูล

5.3 ข้อจำกัดและข้อสังเกต

การคาดประมาณจำนวนประชากรข้ามชาติ 3 สัญชาติในกรุงเทพมหานคร จากการศึกษาพบข้อสังเกตและข้อจำกัดบางประการดังต่อไปนี้

- ▲ การศึกษานี้เป็นการศึกษานำร่องในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ด้วยกรอบระยะเวลาและงบประมาณที่จำกัด ทำให้มี EA ที่สุ่มเก็บข้อมูลมีจำนวนค่อนข้างน้อยเพียง 21 EA จากจำนวนทั้งหมดเกือบสองหมื่น EA ข้อมูลสัดส่วนของผู้มีบัตรประจำตัวและสัดส่วนช่วงอายุของประชากรข้ามชาติที่เป็นแรงงาน



อาจจะมีคลาดเคลื่อนจากประชากรข้ามชาติทั้งหมดในกรุงเทพมหานคร ทำให้ค่าคาดประมาณประชากรข้ามชาติมีความคลาดเคลื่อนได้

- ▲ คำถามเรื่องการมีเอกสารประจำตัว เป็นคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหวสำหรับประชากรข้ามชาติ ในแบบสอบถามที่เก็บข้อมูล คำถามเรื่องบัตรเป็นคำถามต้นๆ ซึ่งผู้ตอบอาจจะไม่ตอบตามความเป็นจริงเนื่องจากยังไม่ไว้วางใจ นอกจากนี้ การที่ผู้ตอบถือครองบัตรมากกว่า 1 ใบ และอีกจำนวนมากที่ไม่สามารถแสดงบัตรได้เนื่องจากปัญหาต่างๆ ทำให้ผู้สัมภาษณ์มีความสับสน สิ่งเหล่านี้อาจทำให้การคาดประมาณประชากรมีความคลาดเคลื่อนได้ การถามประชากรข้ามชาติเรื่องการมีบัตร จึงควรระมัดระวังเป็นคำถามท้ายๆ เมื่อเกิดความคุ้นเคยกันระหว่างผู้ถามและผู้ตอบแล้ว รวมทั้งควรเก็บรายละเอียดของบัตรทุกประเภท เพื่อนำมาพิจารณาว่าเข้าข่ายของการจดทะเบียนแรงงานในฐานข้อมูลหรือไม่
- ▲ อย่างไรก็ตาม การศึกษาและการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ ถือเป็น การคาดประมาณประชากรข้ามชาติอย่างเป็นระบบครั้งแรกในประเทศไทย ที่ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิที่ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเองอย่างละเอียดและข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลที่น่าเชื่อถือ จำนวนประชากรข้ามชาติจากการคาดประมาณ จึงเป็นตัวเลขที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลในเรื่องประชากรข้ามชาติของประเทศไทยที่มีอยู่ในปัจจุบันทั้งหมด
- ▲ มีข้อสังเกตว่า การศึกษานี้พบแรงงานข้ามชาติที่มีสัดส่วนการมีบัตรอนุญาตทำงานค่อนข้างสูง โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 88.18 และเนื่องจากกรุงเทพมหานครมีเครือข่ายประชากรข้ามชาติที่เข้มแข็งและอยู่อาศัยมานานพอสมควร ทำให้สามารถกระจายข่าวสารและให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ ในการจดทะเบียนแรงงานได้เป็นอย่างดี ประกอบกับการที่กรุงเทพมหานครเป็นศูนย์กลางข้อมูลข่าวสารในด้านนี้โดยตรง ดังนั้น แรงงานที่เดินทางเข้าประเทศไทยครั้งแรก ก็จะได้รับข้อมูลข่าวสาร ความช่วยเหลือในการจดทะเบียนแรงงานจากเครือข่ายดังกล่าว นอกจากนี้กรุงเทพมหานครยังเป็นจังหวัดชั้นในที่มีแรงงานข้ามชาติที่มีประสบการณ์การทำงานจากจังหวัดอื่น



มาก่อน หรือผ่านการทำงานตามขอบชายแดนมาแล้ว และมักคุ้นเคยกับการจดทะเบียนมาก่อนแล้ว จึงทำให้มีสัดส่วนของผู้มีบัตรสูงกว่าในจังหวัดอื่นๆ

5.4 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

ในภาพรวม ผลการศึกษานี้ได้รับการตอบรับในทางบวกจากเวทีเสนอผลการศึกษาวิจัยเบื้องต้น ในวันที่ 26 กันยายน 2555 ที่โรงแรมเดอะสุโกศล หลายฝ่ายเห็นพ้องต้องกันว่า การศึกษานี้ นับเป็นจุดเริ่มต้น และตัวอย่างที่ดีในการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่างๆ โดยใช้ข้อมูลร่วมกันเป็นความพยายามในการหาวิธีการและกระบวนการคาดประมาณเพื่อนำไปประยุกต์ใช้กับจังหวัดอื่นๆ ได้ ในภาพรวมของการศึกษาวิจัยในด้านการคาดประมาณ จึงมีข้อสรุปและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

- 1) วิธีการและแนวทางการคาดประมาณประชากรข้ามชาติในการศึกษานี้ที่ใช้ทั้งข้อมูลปฐมภูมิที่เก็บข้อมูลในพื้นที่ที่ต้องการคาดประมาณเพื่อหาสัดส่วนผู้มีบัตรและไม่มีบัตรอนุญาตทำงาน รวมทั้งสัดส่วนประชากรแยกตามช่วงอายุ และข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนของกระทรวงแรงงาน เป็นแนวทางคาดประมาณประชากรข้ามชาติอย่างเป็นระบบแนวทางหนึ่งที่สามารถนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ แต่ทั้งนี้ ไม่สามารถนำสัดส่วนผู้มีบัตรและไม่มีบัตร และสัดส่วนประชากรข้ามชาติที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จากการศึกษานี้ที่เป็นตัวเลขสัดส่วนของประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร ไปใช้คาดประมาณประชากรข้ามชาติในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ ได้ เพราะประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร มีลักษณะเฉพาะที่อาจจะแตกต่างจากจังหวัดอื่นๆ
- 2) ในระดับจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดที่มีการใช้ประชากรข้ามชาติเข้มข้นติด 10 อันดับแรกของประเทศ ควรมีการลงทุนเพื่อศึกษาการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ เพื่อให้ทราบจำนวนประชากรข้ามชาติที่ใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด สามารถใช้วิธีการและแนวทางเดียวกันกับการศึกษาวิจัยนี้เพื่อเก็บข้อมูลประชากรข้ามชาติในจังหวัดนั้นๆ ให้ได้ข้อมูลสัดส่วนของผู้มี



บัตรและไม่มีบัตร และช่วงอายุของประชากรเพื่อคาดประมาณประชากร โดยใช้ข้อมูลแรงงานจดทะเบียนของแต่ละจังหวัดเป็นฐานในการคำนวณ การสำรวจภาคสนามควรให้ผู้ปฏิบัติภาคสนามที่สามารถสื่อสารภาษาเดียวกันกับประชากรข้ามชาติด้วย เพื่อให้ได้รับความร่วมมือและได้ข้อมูล ที่ถูกต้องและเป็นจริงที่สุด ซึ่งจะสามารถนำมากำหนดนโยบายและการ วางแผนทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและระบบบริการสุขภาพในระดับจังหวัด ได้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด ทั้งนี้ ผู้ศึกษาและผู้นำข้อมูลไปใช้ควร เข้าใจข้อเท็จจริงที่ว่าประชากรข้ามชาตินี้เป็นกลุ่มเคลื่อนย้ายและอาจมี จำนวนเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา อันเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ ดังนั้นการ ศึกษาเพื่อการคาดประมาณนี้ จึงควรคำนึงถึงบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น นโยบาย การจดทะเบียนแรงงานข้ามชาติ สภาพเศรษฐกิจ ลักษณะการจ้างงานของ พื้นที่ เป็นต้น

- 3) การเก็บข้อมูลภาคสนามพบความยากในการเข้าถึงข้อมูลการมีบัตร เนื่องจากเป็นประเด็นอ่อนไหว ประกอบกับปัญหาการแสดงบัตรอีกหลาย ประการ เช่น แรงงานข้ามชาติที่มีบัตร แต่ไม่สามารถแสดงบัตรได้เพราะ นายจ้างยึดบัตรไว้ อีกทั้ง บัตรแรงงานของรอบจดทะเบียนแรงงานในปี 2554 ในช่วงที่ทำการศึกษา กระทรวงแรงงานยังไม่ออกบัตรจริงให้ มีเพียงแต่บัตร ชั่วคราว เป็นต้น และเนื่องด้วยเป็นประเด็นอ่อนไหว การศึกษาในอนาคต ควรใส่ข้อคำถามนี้ไว้ในตอนท้ายของแบบสอบถาม เพื่อให้ผู้ให้สัมภาษณ์เกิดความ คั่นเคยและไว้วางใจผู้สัมภาษณ์ก่อน

บทที่ 6

ข้อค้นพบและบทวิเคราะห์
ด้านอนามัยแม่และเด็ก



ข้อค้นพบและบทวิเคราะห์ ด้านอนามัยแม่และเด็ก

บทนี้มีเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจต่อประเด็นและบริบทต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยแม่และเด็กของครอบครัวข้ามชาติจากประเทศพม่า ลาวและกัมพูชา รวมทั้งการเข้าถึงและความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของเด็กในกรุงเทพมหานคร ทั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

การศึกษาในด้านอนามัยแม่และเด็กนี้ ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยในเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากทุกครัวเรือนใน EA ที่สุ่มสำรวจ ที่มีกลุ่มเป้าหมายหญิงข้ามชาติสัญชาติ พม่า ลาวและกัมพูชาอาศัยอยู่ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์อย่างมีแบบแผนโดยใช้แบบสอบถามสองภาษา (ภาษาไทย-พม่า) หลังจากได้วิเคราะห์ผลการศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณในเบื้องต้นแล้ว ได้ประมวลประเด็นที่น่าสนใจเพื่อทำการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มผู้หญิงข้ามชาติ



ผลจากการทำสำมะโนประชากรข้ามชาติในพื้นที่ที่สำรวจ พบประชากรสัญชาติพม่ามากที่สุดร้อยละ 84.4 รองลงมาคือ กัมพูชาและลาว ร้อยละ 11.0 และ 4.6 ตามลำดับในส่วนของหญิงข้ามชาติที่มีการอาศัยอยู่เป็นคู่พบว่า มีสัญชาติพม่ามากที่สุดเช่นกัน คือ ร้อยละ 87.5 ส่วนกัมพูชาและลาว พบเพียงร้อยละ 8.0 และ 4.5 เท่านั้น ทั้งนี้ ในพื้นที่ที่ทำการสำรวจ ไม่พบว่ามีหญิงข้ามชาติสัญชาติกัมพูชาและลาว ที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ดังนั้น การศึกษาเชิงคุณภาพจึงมุ่งศึกษาไปที่กลุ่มหญิงข้ามชาติที่อพยพมาจากประเทศพม่าเท่านั้น

ในการศึกษาครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายผู้หญิงข้ามชาติที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ โดยใช้เกณฑ์ที่อายุต่ำกว่า 50 ปี เพื่อให้ครอบคลุมผู้หญิงข้ามชาติที่มีสถานะการอยู่อาศัยเป็นคู่ที่มีบุตรได้มากที่สุด รวมทั้งสิ้น 478 คน พบว่า กลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ยที่ 29.6 ปี อายุสูงสุด 42 ปี และน้อยที่สุด 18 ปี ประเด็นการศึกษาในกลุ่มนี้ได้แก่ การคุมกำเนิด ความเห็นต่อการมีลูกในประเทศไทย ความเข้าใจในเอกสารการเกิด และอาศัยอยู่ของบุตรในประเทศไทยและประเทศต้นทาง

ในจำนวนกลุ่มผู้หญิงข้ามชาติที่มีสถานะอยู่อาศัยเป็นคู่นี้ มีการศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเฉพาะตามแนวทางการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็กของกองทุนเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations' Children Fund: UNICEF) โดยแต่ละกลุ่มมีประเด็นที่ศึกษา และจำนวนคนที่รับการสัมภาษณ์ ดังต่อไปนี้

1. ผู้หญิงข้ามชาติวัยที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ มีบุตรอายุ 0-15 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 135 คน เพื่อศึกษาเรื่องการรับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ
2. ผู้หญิงข้ามชาติที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ มีบุตรอายุ 0-2 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 86 คน เพื่อศึกษาประเด็นการฝากท้อง การคลอด และการให้นมบุตร การรับวัคซีนพื้นฐาน และการดูแลเมื่อลูกเจ็บป่วย
3. ผู้หญิงข้ามชาติที่มีสถานะอยู่กันเป็นคู่ มีบุตรอายุ 2-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย รวมทั้งสิ้น 39 คน เพื่อศึกษาประเด็นการรับวัคซีนต่อเนื่อง การเลี้ยงดูบุตร และการดูแลเมื่อลูกเจ็บป่วย



หลังจากที่ได้ผลวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณในเบื้องต้น ได้นำผลมากำหนดประเด็น ที่ศึกษาเจาะลึกเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่มคือ การมีลูกและการคุมกำเนิด การ ฝากท้องและเลี้ยงดูบุตร การรับวัคซีนเด็ก และการเคลื่อนย้ายได้ระหว่างประเทศ โดยเลือกผู้หญิงข้ามชาติที่มีลูกอายุระหว่าง 0-2 ปีเป็นหลัก ได้มีการจัดกลุ่มสนทนา ผู้หญิงข้ามชาติจำนวน 4 กลุ่ม รวม 32 คน

โดยเลือกพื้นที่การศึกษาเชิงปริมาณที่พบว่า มีหญิงข้ามชาติที่มีบุตรอาศัยอยู่ ในประเทศไทยจำนวนมากใน 4 พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนซอยม่วงสกล ชุมชนซอยท่าข้าม ชุมชนตลาดบางแค และชุมชนประชาอุทิศ ซึ่งพบว่าผู้หญิงที่เข้าร่วมกลุ่มสนทนา มีชาติพันธุ์ที่หลากหลาย ได้แก่ มอญ 9 คน พม่า 8 คน และกะเหรี่ยง 1 คน ทั้งหมด นับถือศาสนาพุทธ นอกจากนี้ยังมีผู้หญิงทวาย 8 คน นับถือศาสนาอิสลาม และกลุ่ม เนปาลี 6 คน นับถือศาสนาฮินดู รวมทั้งสิ้น 32 คน

นอกจากการศึกษาในกลุ่มผู้หญิงที่มีลูกอายุ 0-2 ปีแล้ว ประเด็นที่ได้จากการ สนทนากลุ่มผู้หญิง ยังได้ขยายความเข้าใจที่มากขึ้น โดยการศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่ม ผู้ชายข้ามชาติที่แต่งงานมีลูกในประเทศไทยจำนวน 1 กลุ่ม รวม 7 คน อายุเฉลี่ย 33.6 ปี มีลูก 1-2 คน ชาติพันธุ์ ทวาย ยะไข่ และพม่า ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ อาศัยอยู่ใน ชุมชนซอยม่วงสกล ครอบคลุมประเด็นการตัดสินใจมีลูกในประเทศไทย การมีส่วนร่วม ในการคุมกำเนิด และบทบาทของผู้ชายในเรื่องการดูแลภรรยาเมื่อตั้งครรภ์ คลอดลูก การเลี้ยงดูและวัคซีนเด็ก

6.1 การคุมกำเนิดและการตัดสินใจมีบุตร

ข้อค้นพบการคุมกำเนิดและการตัดสินใจมีบุตร ได้มาจากกลุ่มเป้าหมายผู้หญิง ข้ามชาติที่มีสถานอยู่กันเป็นคู่ 478 คน ในจำนวนนี้ ส่วนใหญ่ผู้หญิงที่ตอบ แบบสอบถามหรือร้อยละ 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 ทำให้ต้องการทำงานหาเงินมากกว่ามีลูกในประเทศไทย อย่างไรก็ตาม พบว่าด้วยวัยและร่างกายที่อยู่ในภาวะเจริญพันธุ์ ทำให้กลุ่มผู้หญิงข้ามชาติจำนวนมากตัดสินใจมีลูกที่ประเทศไทย เพราะคิดว่าอายุสมควรที่จะมีลูกแล้ว หากชะลอการมีบุตรไปก่อนอาจเลวร้ายที่จะมีลูกได้ ประกอบกับการอยู่ที่ประเทศไทยทำให้มีงานทำ มีรายได้ มีเงินเพียงพอจะคลอด และเลี้ยงดูบุตรได้ซึ่งพบว่าประเด็นในด้านระบบบริการสาธารณสุขที่ตั้นนั้นไม่ใช่แรงจูงใจที่สำคัญนักในการตัดสินใจมีบุตรในประเทศไทย สำหรับในกลุ่มผู้ชายข้ามชาติ การตัดสินใจมีลูกเป็นการตัดสินใจร่วมกัน โดยดูสถานะการเงินของครอบครัวเป็นหลัก ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการคลอดลูกที่โรงพยาบาลในประเทศไทยนั้นราคาถูกกว่าในประเทศต้นทาง ทำให้ตัดสินใจมีลูกที่นี่

นอกจากนี้ กลุ่มที่มีบุตรในปัจจุบัน ยังพบว่าเป็นผลมาจากการคุมกำเนิดที่ผิดพลาดด้วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดแผงซึ่งเป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมใช้กันมากที่สุด แต่ก็มีประสิทธิภาพการคุมกำเนิดไม่สูงนักกล่าวคือประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดด้วยยาคุมแผงชนิดเม็ด เมื่อใช้ถูกต้องสมบูรณ์คือ 99.7% และเหลือเพียง 92.0% สำหรับการใช้โดยทั่วไป¹⁹ เนื่องจากพบข้อผิดพลาดจากการใช้ได้ง่ายเพราะเป็นการกินรายวันและโอกาสลืมมีสูงมาก

ผลสอบถามด้านการคุมกำเนิดพบว่า หญิงข้ามชาติที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ที่สัมภาษณ์ มีการคุมกำเนิดในปัจจุบันถึงร้อยละ 72.2 ด้วยยาคุมกำเนิดมากที่สุด (ร้อยละ 72.3)

¹⁹ optionsforsexualhealth.org, เข้าถึงเมื่อ 15 กันยายน 2555



รองลงมาคือยาฉีดคุมกำเนิด (ร้อยละ 18.9) วิธีการอื่นๆ มีสัดส่วนค่อนข้างน้อยมาก และพบว่า ไม่มีผู้ตอบว่าใช้การคุมกำเนิดด้วยยาฝังใต้ผิวหนัง และหมั้นชาย ดังรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 23 การคุมกำเนิดในปัจจุบัน และวิธีการคุมกำเนิด

ผู้หญิงที่สัมภาษณ์ ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (N=448)	ไม่ได้ คุมกำเนิด	มีการ คุมกำเนิด	การคุมกำเนิดในปัจจุบัน 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)

การศึกษาเชิงปริมาณพบว่า การตัดสินใจคุมกำเนิดเป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างสามีและภรรยาถึงร้อยละ 74.0 แต่บทบาทหลักอยู่ที่ผู้หญิงว่าจะใช้วิธีการใด การที่ผู้หญิงเลือกกินยาเม็ดคุมกำเนิด เพราะง่ายสะดวก ซื้อง่ายและเห็นว่าปลอดภัยกว่า ส่วนยาฉีดคุมกำเนิด พบมากในหญิงหลังคลอดตามคำแนะนำของแพทย์ เนื่องจากเป็นฮอร์โมนเดียวสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ แต่ผลจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าการใช้ยาคุมกำเนิดทั้งสองแบบมีปัญหาคือ ยาคุมกำเนิดส่งผลข้างเคียงทำให้น้ำหนักขึ้น การลืมกินยาบ่อย และมีความรับรู้จำกัดในเรื่องการจัดการเมื่อลืมกินยา เช่น หากลืมกินเกิน 2 เม็ดควรจัดการอย่างไร ซึ่งคำแนะนำโดยทั่วไปในกรณีลืมกินยาคุม 2 เม็ดขึ้นไปคือ ให้เลิกกินยาแผงนั้นไป จนกว่าประจำเดือนจะมาจึงเริ่มแผงใหม่ ระหว่างนั้นให้ใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็ไม่มีหญิงข้ามชาติในกลุ่มสนทนามองคค์ความรู้ในเรื่องนี้เลย และเมื่อลืมกินยาคุมกำเนิด ก็จะปล่อยไปโดยไม่แก้ไข ทั้งนี้พบว่า แม่ลูกอ่อนที่สนทนากลุ่มจำนวนหนึ่งที่กล่าวว่าลูกคนปัจจุบันเกิดมาเพราะว่าตนเองลืมกินยาคุม



จากการศึกษาประเด็นนี้จากฝ่ายชายพบว่า ฝ่ายชายมีบทบาทเพียงร่วมตัดสินใจให้ผู้หญิงคุมกำเนิดหากยังไม่ต้องการมีบุตร แต่การเลือกวิธี การจัดการเมื่อใช้ผิดพลาด และอาการข้างเคียง เป็นหน้าที่ของฝ่ายหญิงทั้งหมด ฝ่ายชายไม่มีองค์ความรู้ในเรื่องยาคุมกำเนิดเลยถ้าหากคู่ของตนลืมกินยาก็คิดจะแก้ปัญหาโดยงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ไปเลย การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างนั้นเพื่อป้องกันเป็นความรู้ที่ไม่มีในกลุ่มผู้ชายเลย และอาจเป็นไปได้ยาก เนื่องจากความรับรู้ต่อถุงยางคือใช้ป้องกันโรครณีไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ไม่ได้มีไว้ใช้กับภรรยา และไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิดกับภรรยา หากมีการผิดพลาด ฝ่ายชายก็เพียงยอมรับเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมา สำหรับวิธีการคุมกำเนิดอื่นๆ ที่ใช้ได้ แต่ได้ผลน้อย ได้แก่ การหลั่งภายนอก และการนบระยะปลอดภัย ผู้ชายที่สนทนากลุ่มไม่มีความรู้ในเรื่องนี้เลย บางรายเคยได้ยินมาบ้าง แต่ไม่ทราบว่าเป็นอย่างไร นอกจากนี้ พบว่า ผู้ชายไม่มีความเข้าใจในกลไกการปฏิสนธิ คิดว่าหลังข้างใน/ข้างนอก หรือ มีเพศสัมพันธ์เมื่อไรก็ทำให้ผู้หญิงท้องได้

ในส่วนของการยาฉีดคุมกำเนิด พบผลข้างเคียงเรื่องมีเลือดออกกะปริดกะปรอยตลอดเวลา ซึ่งผลข้างเคียงในส่วนนี้มักส่งผลต่อการมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เลิกฉีดยาไปในที่สุด อย่างไรก็ตาม ไม่มีผู้ชายรับรู้ในผลข้างเคียงนี้เลย พบว่าสามีภรรยาข้ามชาติจะไม่สื่อสารกันในเรื่องนี้ ผู้ชายกล่าวว่าเรื่องแบบนี้เป็นเรื่องที่จะคุยกันเองในกลุ่มผู้หญิงมากกว่า

ในด้านการคุมกำเนิดถาวร กลุ่มที่ทำหมันหญิง พบว่าตัดสินใจทำหลังจากมีลูกได้ 2-3 คนแล้วตามคำแนะนำของแพทย์ ซึ่งเป็นจำนวนบุตรที่เพียงพอสำหรับผู้หญิงส่วนใหญ่ในการศึกษาเชิงคุณภาพนี้ แต่ในส่วนของกลุ่มผู้ชายนั้น จำนวนบุตรที่ต้องการมีมากกว่า คือ 3-5 คน สำหรับการทำหมันชาย กลุ่มผู้หญิงกล่าวว่าผู้ชายไม่นิยมทำกัน ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของกลุ่มผู้ชายที่เชื่อว่าทำหมันแล้วทำให้หยกของหนักไม่ได้ปวดหลัง และส่งผลให้ทำมาหากินไม่ได้ ซึ่งจะทำให้เกิดปัญหาเศรษฐกิจในครอบครัวติดตามมาได้ แม้ว่าจะมีบริการฟรีก็ไม่มีผู้สนใจจะทำหมันชาย ทั้งนี้ผู้ชายทั้งหมดที่สนทนากลุ่มไม่ทราบว่าการทำหมันชายนั้นเป็นอย่างไร



การศึกษาในกลุ่มผู้หญิงข้ามชาติที่นับถือศาสนาอิสลาม พบว่า หากอยู่ที่ประเทศพม่า จะมีความเข้มงวดมากเรื่องข้อห้ามในการคุมกำเนิด โดยเฉพาะการทำหมันทั้งหญิงและชาย แต่การอพยพแรงงานมาอยู่ในประเทศไทย ผู้หญิงข้ามชาติอิสลามกล่าวว่า เป็นการปรับตามสภาพซึ่งทำให้การคุมกำเนิดเป็นไปได้ การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้หญิงที่นับถือฮินดูไม่ถือว่าการคุมกำเนิดเป็นข้อห้ามแต่อย่างใด

6.2 การตั้งครรภ์และการคลอดบุตร

ข้อค้นพบในด้านการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร ได้มาจากการสัมภาษณ์ผู้หญิงข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-2 ปี ทั้งนี้เพื่อให้ผู้หญิงสามารถระลึกข้อมูลระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรได้ จากการสัมภาษณ์ผู้หญิงกลุ่มนี้จำนวน 86 คน พบว่า การตั้งครรภ์ครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่มีความพร้อม กล่าวคือ มีความตั้งใจที่จะมีบุตรถึงร้อยละ 85.5 ส่วนน้อยหรือร้อยละ 14.5 เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ เนื่องจากส่วนใหญ่ต้องการเลื่อนการมีบุตรไปก่อน ไม่ได้คุมกำเนิดหรือสุขภาพไม่แข็งแรง การศึกษายังพบว่า การตั้งครรภ์ครั้งล่าสุดของผู้หญิงข้ามชาติที่ศึกษาส่วนใหญ่พบวิกฤตขณะตั้งครรภ์ ซึ่งได้แก่ การตกงาน/ปัญหาการเงิน และความเจ็บป่วย

การที่ผู้หญิงข้ามชาติส่วนมากมีความพร้อมในการมีบุตรนี้เอง ส่งผลให้รับรู้ว่าคุณเองตั้งครรภ์ขณะที่อายุครรภ์ยังไม่มากนัก คือ 1.9 เดือน ทำให้มีการไปรับบริการฝากครรภ์ค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 98.8 การได้ไปฝากท้องในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงนี้เอง ทำให้ได้รับการตรวจวัดความดัน ตรวจเลือด ตรวจปัสสาวะ และฉีดยาฉีดบาดทะยักในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง ดังแสดงในตารางที่ 24



ตารางที่ 24 ร้อยละของบริการที่ผู้หญิงข้ามชาติได้รับเมื่อฝากครรภ์

ผู้หญิงที่มีลูก 0-2 ปีที่ไป ฝากครรภ์ (N=82)	บริการที่ได้							
	ตรวจความดัน		ตรวจเลือด		ตรวจปัสสาวะ		ฉีดวัคซีนบาดทะยัก	
	ได้	ไม่ได้ ไม่แน่ใจ	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

การศึกษาเชิงคุณภาพพบความคิดเห็นเกี่ยวกับแรงจูงใจสำคัญที่ทำให้ผู้หญิงข้ามชาติไปฝากท้อง นั่นคือความมั่นใจว่าจะมีสถานที่คลอดลูกที่แน่นอน เนื่องจากหากรอให้ท้องแก่ใกล้คลอด อาจหาที่คลอดบุตรได้ยากลำบาก อีกทั้งมีโรงพยาบาลของรัฐในกรุงเทพฯ จำนวนหนึ่งที่มีนโยบายไม่รับคลอดผู้ที่ไม่ได้ฝากท้องกับโรงพยาบาล ส่วนเหตุผลที่เป็นแรงจูงใจรองลงมาของการไปฝากท้อง คือการให้แพทย์ตรวจติดตามพัฒนาการของเด็ก ได้รับยาบำรุงและคำแนะนำจากแพทย์ การศึกษายังพบผู้หญิงข้ามชาติที่ฝากท้องในประเทศไทย แต่กลับไปคลอดที่พม่า (แล้วเดินทางกลับมาประเทศไทยภายหลัง) ด้วยเหตุผลคือ แม่ของหญิงท้องที่ประเทศต้นทางเป็นห่วงเกรงจะไม่มีใครดูแลหลังคลอด และการคลอดลูกที่ประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูงกว่าเมื่อเทียบกับการคลอดลูกแบบพื้นบ้านในประเทศต้นทาง

อุปสรรคสำคัญที่ไม่ได้ไปฝากท้องคือการไม่มีบัตรประจำตัวไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับฝากท้อง และสถานบริการสุขภาพอยู่ไกลจากที่พัก ซึ่งกลุ่มนี้มักลงเอยด้วยการไปคลอดที่โรงพยาบาลที่มีบริการรับคลอดบุตรโดยไม่บังคับฝากท้อง ที่ตั้งอยู่ในเขตปริมณฑลของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์ราชวทยานนท์ และโรงพยาบาลบางจากเป็นต้นซึ่งเป็นสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพการดำเนินงานด้านสุขภาพร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน นอกจากนี้กลุ่มที่ไม่ได้ฝากท้อง ส่วนหนึ่งยังกลับไปคลอดที่พม่า (แล้วเดินทางกลับเข้าประเทศไทย) หรือคลอดที่ชุมชนโดย



หมอต้าแยแต่เป็นส่วนน้อยของการคลอดทั้งหมดของแม่ข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ที่ส่วนใหญ่คลอดลูกที่โรงพยาบาล

ทั้งนี้พบว่า การคลอดบุตรครั้งล่าสุดของผู้หญิงข้ามชาติที่ศึกษา เป็นการฝากท้องและคลอดโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถึงร้อยละ 77.9 ไม่ใช่สิทธิประกันฯ เพียงร้อยละ 22.1 ซึ่งหมายความว่าหญิงข้ามชาติเหล่านี้ต้องมีบัตรอนุญาตทำงานด้วย เนื่องจากนโยบายการประกันสุขภาพ ณ ปีที่ทำการศึกษา อนุญาตให้ทำประกันสุขภาพได้เฉพาะกลุ่มแรงงานที่จดทะเบียนตามกฎหมายเท่านั้น และแม้ว่าจะมีโรงพยาบาลเอกชนในกรุงเทพมหานคร 1 แห่ง ที่เปิดทำประกันสุขภาพให้คนข้ามชาติที่สนใจจะทำ ในราคาเท่ากับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ แต่ก็ไม่ครอบคลุมการคลอดบุตร ดังนั้นจึงชี้ให้เห็นว่า ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ล่าสุดที่ศึกษานั้น มีสถานะเป็นแรงงานที่ต้องทำงานด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพ ที่ผู้หญิงมักต้องทำงานในระหว่างตั้งครรภ์ไปด้วย ยกเว้นในกลุ่มผู้หญิงข้ามชาติที่นับถือศาสนาอิสลามและฮินดู มีแนวโน้มที่จะไม่ได้ทำงานหรือหยุดงานไปเลยเมื่อการตั้งครรภ์ดำเนินไประยะหนึ่งแล้ว

จากการที่ผู้หญิงข้ามชาติที่ตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ต้องทำงานด้วย จึงพบว่าน้ำหนักแรกคลอดของทารกที่ได้รับไว้ในสมุดบันทึกสุขภาพจำนวน 55 รายมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ถึงร้อยละ 14.5 ตัวเลขนี้ มากกว่ามาตรฐานที่กำหนดโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่ควรเกินร้อยละ 7 ข้อค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าจะมีการฝากท้องในอัตราที่ค่อนข้างสูง แต่การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์อาจไม่ดีเพียงพอ โดยเฉพาะการต้องทำงานหนักตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ พบว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้คลอดลูกน้ำหนักน้อย หรือคลอดก่อนกำหนด ซึ่งประเด็นนี้สอดคล้องกับคำบอกเล่าของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล ที่กล่าวว่า แม้ผู้หญิงข้ามชาติมาฝากครรภ์มากแต่ดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี ทำให้มีเด็กหลังคลอดที่ต้องดูแลในตู้อบของโรงพยาบาลจำนวนมาก

การศึกษาเชิงคุณภาพ พบความเชื่อว่าหากระหว่างตั้งครรภ์กินมากเกินไป อาจทำให้ลูกตัวโตและคลอดยาก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะพบความเชื่อนี้ในทุกกลุ่มสนทนา



แต่ผู้หญิงข้ามชาติก็กล่าวว่าตนไม่ได้สนใจความเชื่อนี้โดยกินอาหารเท่าที่ตนเองต้องการ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้หญิงมุสลิม กล่าวว่า หากลูกในท้องหิว การไม่กินอาหารถือว่าเป็นบาปได้ ได้มีการศึกษาถึงประเภทของอาหารที่กินระหว่างการตั้งครรภ์ พบว่า แตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมการกินของแต่ละชาติพันธุ์

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่าสาเหตุหนึ่งที่สำคัญของการมีน้ำหนักแรกคลอดต่ำกว่า 2,500 กรัมในสัดส่วนที่สูง มาจากการที่หญิงข้ามชาติที่ตั้งครรภ์จำนวนมากต้องทำงานหนักในระหว่างตั้งครรภ์ 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 ทำให้ข้อมูลที่ได้อาจเป็นข้อมูลจากความเชื่อความเข้าใจที่ปฏิบัติต่อกันมา อีกทั้งการอพยพแรงงานเข้ามาทำงานในประเทศไทย ทำให้ส่วนใหญ่เป็นการอาศัยอยู่ในลักษณะครอบครัวเดี่ยว โดยมีสมาชิกเฉลี่ยเพียงครัวเรือนละ 2.9 คน ซึ่งหมายความว่า ครอบครัวของคนข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ไม่มีพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ให้การดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์เช่นเดียวกับการอาศัยอยู่ในชุมชนของประเทศต้นทาง การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การปรึกษาเพื่อนบ้านมักเป็นเพื่อนบ้านที่มีลูกซึ่งมีทั้งคนชาติพันธุ์เดียวกัน รวมทั้งคนไทยด้วย



นอกจากนี้การศึกษาในกลุ่มผู้ชายมีข้อค้นพบที่น่าสนใจว่า การต้องห่างจากบ้านเกิดมาทำงานในประเทศไทยและอยู่อาศัยเป็นครอบครัวเดียว ทำให้ผู้ชายมีบทบาทในการดูแลผู้หญิงในระหว่างการตั้งครรภ์และมีลูกอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จากการสนทนากลุ่มพบว่า บทบาทของผู้ชายทำได้โดยการใส่ใจดูแลสุขภาพทั่วไป ช่วยทำงานบ้านระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอดบุตร รวมทั้งการซักผ้าอ้อมและผ้าถุงของภรรยาด้วย โดยสิ่งเหล่านี้หากอยู่ที่ประเทศต้นทาง ก็จะเป็นบทบาทของแม่หรือญาติผู้ใหญ่ของทางฝ่ายหญิงเป็นหลัก อย่างไรก็ตาม แม้ฝ่ายชายจะมีบทบาทมากขึ้น แต่ก็พบว่าตนเองยังขาดความรู้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และบุตร การให้ความรู้ที่โรงพยาบาลช่วงฝากท้องและคลอด มักเป็นการให้แต่ฝ่ายหญิงเป็นหลัก โดยไม่มีเอกสารความรู้ใดๆ เกี่ยวกับเรื่องนี้ที่หาอ่านได้เลย

จากการที่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ไปฝากครรภ์ ทำให้แหล่งเรียนรู้ที่สำคัญรองลงมาคือบุคลากรทางการแพทย์ มีถึงร้อยละ 27.2 ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้หญิงเข้าถึงและไปรับฝากครรภ์ นอกจากการได้รับข้อมูลความรู้การดูแลสุขภาพตั้งแต่ตั้งครรภ์แล้ว ก็ยังมีความสำคัญในด้านความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนบาดทะยักในหญิงตั้งครรภ์ด้วย ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการให้ทารกที่คลอดออกมาได้รับการดูแล และได้รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องอีกด้วย

มีข้อสังเกตจากการศึกษาเชิงปริมาณที่น่าสนใจว่า การคลอดบุตรครั้งล่าสุดของหญิงข้ามชาติที่ศึกษานั้น ส่วนใหญ่เป็นการคลอดที่โรงพยาบาล โดยเป็นการคลอดแบบธรรมชาติเพียงร้อยละ 63.3 และผ่าตัดทำคลอดถึงร้อยละ 36.7 ซึ่งใกล้เคียงกับของคนไทย ที่มีอัตราการผ่าตัดทำคลอดอยู่ที่ร้อยละ 34²⁰

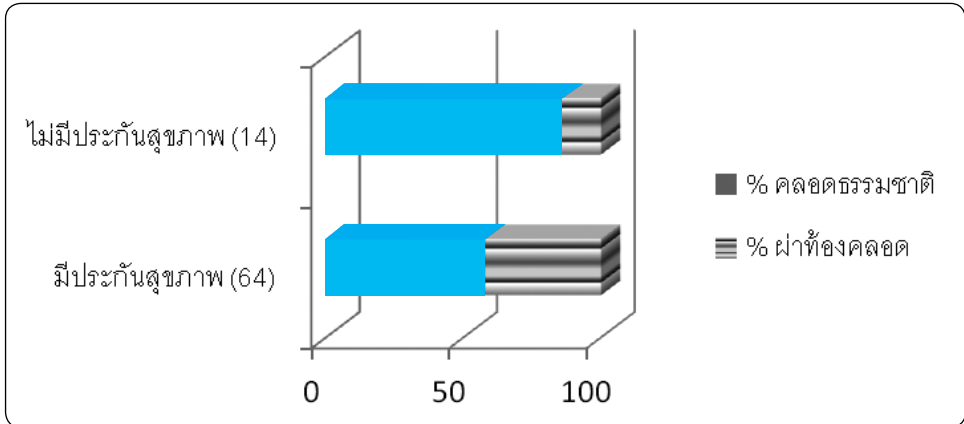
เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มที่มีประกันสุขภาพและกลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพกับการผ่าตัดทำคลอดพบว่า กลุ่มที่มีประกันสุขภาพมีอัตราการผ่าตัดทำคลอดที่สูงกว่า คือ

²⁰ นิวัฒน์ อรัญญาเกษมสุข เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2555



ร้อยละ 42.2 ของผู้หญิงตั้งครรภ์ข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีประกันสุขภาพ มีการผ่าตัดทำคลอดเพียงร้อยละ 14.3 ดังแสดงในแผนภาพที่ 4

แผนภาพที่ 4 ร้อยละของวิธีการคลอด จำแนกตามการมีประกันสุขภาพ



โดยทั่วไปการมีประกันสุขภาพ โรงพยาบาลมักไม่เลือกวิธีการที่เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นโดยไม่จำเป็น ดังนั้น ข้อค้นพบที่หญิงข้ามชาติมีประกันฯ ผ่าท้องคลอดในสัดส่วนที่สูงนี้อาจชี้ให้เห็นว่าหญิงตั้งครรภ์เหล่านี้จำนวนมากมีสภาพร่างกาย/สภาพครรภ์ที่ไม่สมบูรณ์หรือมีโรคที่ส่งผลต่อความสามารถคลอดบุตรโดยวิธีทางธรรมชาติได้ สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ข้ามชาติมักทำงานหนักตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์และพบความผิดปกติหลังคลอดจนต้องทารกต้องรักษาตัวอยู่ในตู้อบหลังคลอดระยะหนึ่ง

การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมพบข้อมูลที่อธิบายข้อค้นพบได้มากขึ้น กล่าวคือการผ่าคลอดบุตรนั้นส่วนใหญ่พบที่โรงพยาบาลเอกชนที่รับประกันสุขภาพประชากรข้ามชาติโดยการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แม้ที่ผ่าคลอดนั้นแม้ว่าจะมีประกันสุขภาพก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมเพราะทางโรงพยาบาลอ้างว่าการประกันสุขภาพนั้นใช้ได้กับการคลอดบุตรโดยธรรมชาติเท่านั้น ดังนั้นรายได้ของโรงพยาบาลจากค่าบริการเพิ่มเติมนอกเหนือจากการประกันสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้แม่ข้ามชาติมีการผ่าคลอดบุตรจำนวนมาก



แม้ว่ารัฐบาลจะเปิดโอกาสให้ทำประกันสุขภาพให้บุตรหลังคลอดได้ พบว่า มีเพียงร้อยละ 10.5 เท่านั้นที่ทำประกันสุขภาพให้กับลูก การศึกษาเจาะลึกเชิงคุณภาพทำให้เข้าใจได้ว่า ผู้หญิงข้ามชาติทั้งหมดไม่ทราบว่าสามารถทำประกันสุขภาพให้ลูกได้ และไม่รู้จักสิทธิประโยชน์ อย่างไรก็ตาม นโยบายนี้ไม่มีความชัดเจนทำให้โรงพยาบาลรัฐจำนวนมากไม่เปิดทำประกันสุขภาพ ทำให้เป็นภาระต่อสถานบริการและระบบสุขภาพในการดูแลเด็กข้ามชาติที่เกิดมาสุขภาพไม่แข็งแรง

เมื่อได้อธิบายถึงลักษณะการประกันสุขภาพและสิทธิประโยชน์ให้แม่ข้ามชาติที่สนทนากลุ่ม พบว่าทุกคนมีความประสงค์ที่จะทำประกันสุขภาพให้ลูก โดยให้เหตุผลว่าเด็กป่วยบ่อยในช่วงขวบปีแรก การทำประกันจะทำให้ประหยัดเงินได้มาก

6.3 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

จากการสัมภาษณ์แม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-2 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย จำนวน 86 ราย ในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการได้รับน้ำนมเหลือง (Colostrum) ที่มีสารอาหารที่มีประโยชน์ และเสริมสร้างภูมิคุ้มกันให้กับทารกแรกเกิด พบว่าแม่ข้ามชาติส่วนใหญ่ หรือร้อยละ 90 ให้นมแม่ภายใน 3 วันหลังคลอดบุตร ในจำนวนนี้ ร้อยละ 65.3 ได้ให้นมแม่ทันทีหลังคลอด ซึ่งเป็นสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง นอกจากนี้ การที่ทารกได้ดูดนมแม่หลังคลอด ยังมีความสำคัญในการกระตุ้นต่อมน้ำนมเพื่อให้เกิดการผลิตน้ำนมอย่างเพียงพอด้วย ผลที่พบจากการสนทนากลุ่มชี้ว่า แม่ส่วนใหญ่ก็เลี้ยงลูกด้วยนมแม่เช่นกัน แรงจูงใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมตัวเองมาจากประเด็นทางเศรษฐกิจเป็นสำคัญ กล่าวคือประหยัด ไม่ต้องเสียเงินซื้อนมผงซึ่งราคาค่อนข้างแพง ยกเว้นในรายที่ไม่มีนมให้ลูก จึงต้องเลี้ยงด้วยนมผง



อย่างไรก็ตาม ในช่วงเวลา 3 วันหลังคลอด แม้ว่าทารกส่วนใหญ่จะได้รับนมแม่แล้ว พบว่าทารกยังได้รับของเหลวอื่นๆ นอกเหนือจากนมแม่ด้วยถึงร้อยละ 29.3 ซึ่งเกือบทั้งหมดเป็นนมชนิดอื่นๆ (ดังแสดงในตารางที่ 26) จากการสนทนากลุ่ม แม่ที่เลี้ยงลูกด้วยนมผงด้วยนั้น มาจากการที่นมของตัวเองมีไม่เพียงพอให้ทารกได้กินอิม 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 สัดส่วนของแม่ข้ามชาติที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่เกิดนั้นสอดคล้องกับการได้รับน้ำนมเหลืองภายใน 3 วันหลังคลอด กล่าวคือ แม่ที่ได้ให้นมหลังคลอด มีการเลี้ยงลูกด้วยนมของตัวเองถึงร้อยละ 94.5 แต่เมื่อถามถึงการให้นมแม่ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน พบว่ามีสัดส่วนที่ลดน้อยลงคือ

กลุ่มอายุ 0-1 ปี มีการให้นมแม่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดถึงปัจจุบัน ร้อยละ 69.6
 กลุ่มอายุ 1-2 ปี มีการให้นมแม่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกเกิดถึงปัจจุบัน ร้อยละ 47.8

วิธีปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่มเป้าหมายโดยทั่วไปจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 1 ปีขึ้นไป และแม้ว่าเด็กจะกินอาหารอย่างอื่นได้แล้ว บางรายนิยมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จนถึงอายุ 2-3 ปี โดยที่ประเทศต้นทางของหญิงข้ามชาติ ส่วนใหญ่สามเ็นผู้หาเลี้ยงหลักของครอบครัว ทำให้แม่สามารถ



ให้นมลูกได้เต็มที่ การศึกษายังพบว่าในกลุ่มผู้หญิงทวายที่นับถือศาสนาอิสลาม หากเป็นเด็กชาย ข้อกำหนดของศาสนาเกี่ยวกับการให้นมบุตรคือ แม่อิสลามสามารถให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ถึงอายุเพียงขวบครึ่งเท่านั้น หลังจากนั้น ทารกชายจะไม่สามารถดูดนมจากเต้าของแม่ได้ ต้องให้นมชนิดอื่นๆ แทน

สำหรับแม่ข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยพบว่า การที่แม่ต้องกลับไปทำงานเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นขาดความต่อเนื่อง และเลี้ยงได้ในระยะเวลาที่สั้นลง การลาคลอดไม่ได้ตามกฎหมายสำหรับแรงงานหญิงที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรก็เป็นอุปสรรคอีกด้านที่สำคัญเช่นกัน กล่าวคือ

- แรงงานหญิงที่ทำงานรายวัน ทั้งกลุ่มที่มีการจดทะเบียนแรงงานตามกฎหมาย และกลุ่มที่ทำงานโดยไม่มีเอกสารใดๆ หากกลางงานในวันใดก็จะได้เงินรวมทั้งการลาหายจากงานไปเมื่อคลอดบุตร หากกลับมาทำงานเมื่อใดก็จะได้รับเงินจากการทำรายวันเช่นเดิม ซึ่งกลุ่มนี้ถือเป็นกลุ่มส่วนใหญ่ของแรงงานหญิง
- แรงงานหญิงที่มีการจ้างเป็นรายเดือน โดยทั่วไปจะเป็นกลุ่มที่มีการจดทะเบียนแรงงานอย่างถูกต้อง ซึ่งภายใต้กฎหมายแรงงานสามารถลาคลอดได้ 90 วัน โดยไม่ต้องใช้ใบรับรองแพทย์ และได้รับเงินเป็นเวลา 45 วัน จากการสนทนากลุ่มพบว่า ในกลุ่มนี้การลาป่วยนั้นสามารถทำได้โดยยังได้รับเงินในวันที่ลา โดยต้องมีใบรับรองแพทย์ แต่หากเป็นการลาคลอด ก็จะไม่ได้รับเงินใดๆ จนกระทั่งกลับเข้าทำงานใหม่

ดังนั้น การไม่มีรายได้ขณะที่คลอดและเลี้ยงดูทารก จึงเป็นปัจจัยหลักที่ผลักดันให้แม่ข้ามชาติต้องกลับไปทำงาน และยุติการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หลายรายต้องใช้วิธีจ้างเลี้ยงในราคาเดือนละ 1,300-2,600 บาทราคาที่แตกต่างขึ้นอยู่กับการจัดหาอุปกรณ์โดยผู้เลี้ยงหรือโดยแม่ นอกจากนี้ยังพบว่า การหย่านมเด็กได้เร็วขึ้นเป็นแนวทางที่ทำให้สามารถส่งเด็กกลับบ้านได้ ซึ่งในกรณีนี้จะเกิดขึ้นเมื่อมีญาติผู้ใหญ่ของเด็กที่ประเทศ



ต้นทุนดูแลให้ การศึกษาเชิงคุณภาพยังพบว่า ผู้หญิงที่หลังคลอดไม่ได้กลับไปทำงาน และให้สามีทำงานคนเดียว ซึ่งพบมากในกลุ่มผู้หญิงมุสลิม เป็นกลุ่มที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานกว่ากลุ่มอื่นๆ

ตัวอย่างอาหารอื่นที่เด็กได้รับมีดังต่อไปนี้

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

เด็กอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 83.3 มีการเลี้ยงดูด้วยของเหลวอื่นๆ และร้อยละ 70.8 เลี้ยงด้วยอาหารอื่นๆ ทั้งนี้ประเภทของเหลวและอาหารมีความคล้ายคลึงกับ กลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปี

โดยสรุปจะเห็นว่า จากสภาพเศรษฐกิจและความเป็นอยู่ แม่ข้ามชาติมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่แล้วเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย โดยมีการให้ทั้งของเหลวอื่นๆ และอาหารเสริมไปด้วย โดยเป็นการให้ตั้งแต่ทารกยังเล็กอยู่มาก โดยชนิดของอาหารแตกต่างกันไปตามวิถีของแต่ละชาติพันธุ์ ที่พอจะหาได้ในชุมชนที่อาศัยอยู่ ปัจจัยของการต้องกลับไปทำงานเพื่อหาเงิน ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักของการอพยพแรงงานมายังประเทศไทย ประกอบกับการมีรายได้เฉพาะวันที่ไปทำงานเท่านั้น เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้ระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นสั้นลง และเป็นผลส่วนหนึ่งที่ทำให้ต้องตัดสินใจส่งลูกกลับบ้านที่ประเทศต้นทาง ซึ่งก็เป็นตัวแรงหนึ่งที่ต้องให้ลูกหย่านมเร็วขึ้นด้วย



6.4 การได้ใบรับรองการเกิด และสูติบัตร

6.4.1 ใบรับรองการเกิด

เด็กทุกคนที่เกิดในประเทศไทย จะได้รับใบรับรองการเกิด หรือ ทร. 1/1 จากสถานบริการสุขภาพที่ทำคลอดให้เด็ก โดยเอกสารนี้เป็นส่วนหนึ่งของสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก หรือที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า สมุดสีชมพู ที่จะให้กับแม่ที่มาคลอดที่สถานบริการสุขภาพของรัฐ แต่กรณีคลอดที่โรงพยาบาลเอกชน จะได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กในรูปแบบที่แตกต่างกันไป เมื่อมีประชากรข้ามชาติอพยพมาทำงานในประเทศไทยจำนวนมาก ทำให้มีการริเริ่มให้จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก หรือสมุดสีชมพูที่ใช้กันโดยทั่วไปเป็นสมุดสองภาษา คือ ภาษาไทย-พม่า ต่อมามีการจัดทำเพิ่มเติมเป็นสามภาษาโดยเพิ่มภาษาอังกฤษด้วย การใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสองภาษานี้ มีการใช้อย่างกว้างขวางในสถานบริการสุขภาพของรัฐที่เมืองครีพัฒนาเอกชนด้านสุขภาพแรงงานข้ามชาติ เข้าไปทำงานด้วย อาทิ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวทยานนท์ รวมทั้งโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในเขตชายแดนไทย-พม่า เช่น โรงพยาบาลแม่สอด เป็นต้น

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



ตารางที่ 27 ร้อยละของความเข้าใจต่อประโยชน์ของใบรับรองการเกิด

ผู้หญิง ที่สัมภาษณ์ (N=478)	ความเข้าใจประโยชน์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) (n=450 ไม่มีข้อมูล 28 ราย)								
	เป็น หลักฐาน การเกิดใน ประเทศไทย	เป็น เอกสาร เพื่อขอ สูติบัตร	เป็น หลักฐาน การเกิดและ ขอสูติบัตร	ไม่ทราบ ไม่แน่ใจ	หลักฐาน เรียน หนังสือ	หลักฐาน สมัคร งาน	หลักฐาน ในการ เดินทาง	บริการ สุขภาพ รับวัคซีน	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

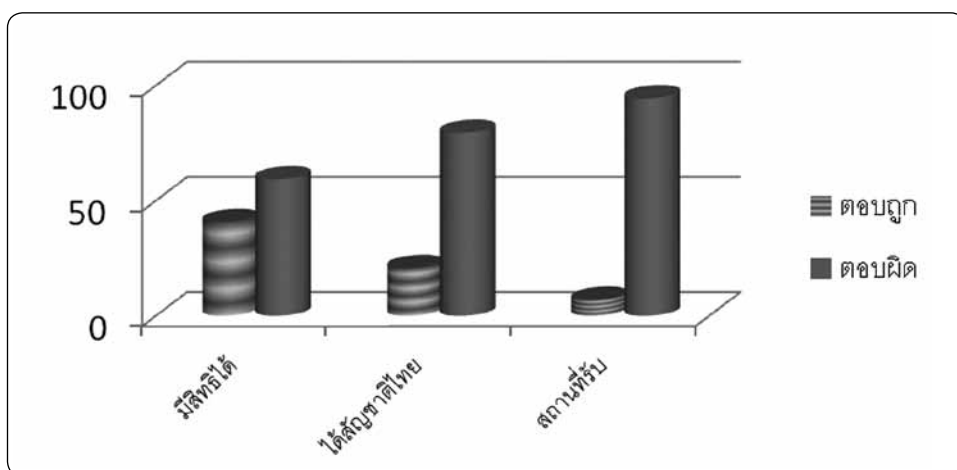
จากการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจว่า เหตุใดผู้หญิงข้ามชาติจึงมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับเอกสารรับรองการเกิด พบว่า ผู้หญิงในกลุ่มสนทนาทั้งหมดไม่รู้จักเอกสาร ทร. 1/1 ที่แนบมากับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเลย ในกลุ่มที่คลอดที่โรงพยาบาลเอกชนไม่รู้จักรื่องจากได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กที่แตกต่างกันออกไป สำหรับในกลุ่มผู้หญิงที่ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเมื่อตรวจดูก็ไม่มีการบันทึกข้อมูลใดๆ ลงในทร. 1/1 เลย ทั้งนี้พบว่า โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์ที่ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานครที่มีประกันสุขภาพ ไม่ต้องใช้ ทร.1/1 ในการไปรับสูติบัตร แต่ใช้วิธีประสานงานกับสำนักงานเขต ออกใบนัดหมายแนบไปพร้อมกับสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก เพื่อไปรับสูติบัตรในเขตที่โรงพยาบาลสังกัดอยู่ กรณีเช่นนี้ พบในแม่ข้ามชาติที่ไปคลอดที่โรงพยาบาลในปริมณฑล เช่น โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์สวนยานนท์ และโรงพยาบาลบางจาก การได้สูติบัตรโดยไม่ต้องใช้ ทร.1/1 ไปยื่นเป็นเอกสารประกอบ ทำให้แม่ข้ามชาติไม่รู้จักรและไม่เข้าใจประโยชน์ของเอกสารรับรองการเกิด



6.4.2 สูติบัตร

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

แผนภาพที่ 5 ความเข้าใจต่อสูติบัตรเด็กข้ามชาติในด้านสิทธิ สัญชาติ และสถานที่รับ



การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แม่ข้ามชาติทั้งหมดรู้จักสูติบัตร แต่การขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักในสิทธิที่จะได้สูติบัตรเมื่อลูกของตนเองเกิดในประเทศไทย ทำให้แม่ข้ามชาติจำนวนมากไม่ไปรับสูติบัตรตามเอกสารนัดหมายของโรงพยาบาลต่างๆ ที่โรงพยาบาลได้เอื้ออำนวยความสะดวกให้ เหตุผลสำคัญที่ไม่ไปเนื่องจากตนเองไม่มีบัตรประจำตัวใดๆ จึงไม่กล้าไปติดต่อหน่วยงานราชการ หรือหากประสงค์จะไปรับก็จะขอให้คนไทยดำเนินการไปรับให้โดยมีค่าใช้จ่าย บางรายให้บริษัทพิสูจน์สัญชาติช่วย



ดำเนินการให้ เป็นต้น มีแม่ข้ามชาติ 1 รายในกลุ่มสนทนาที่คลอดลูกในชุมชน เจ้าของบ้านเช่าคนไทยก็ช่วยดำเนินการขอสูติบัตรให้

อย่างไรก็ตาม ในกรณีที่คลอดที่โรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล และโรงพยาบาลในเครือข่าย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานครโรงพยาบาลมีบริการจัดทำสูติบัตรให้กับผู้มาคลอดทุกราย โดยเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม รวมกับค่าธรรมเนียมของขั้วคลอดที่มอบให้กับแม่ที่มาคลอดที่โรงพยาบาลทุกราย ดังนั้น ผู้หญิงข้ามชาติในกลุ่มสนทนาที่คลอดที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งนี้จึงได้รับสูติบัตรทุกราย

สำหรับกลุ่มแม่ข้ามชาติที่ได้รับสูติบัตร มีความเข้าใจถึงประโยชน์ของเอกสารนี้ โดยกล่าวว่า เป็นเอกสารสำคัญในการเข้าเรียนของลูก รวมทั้งเอกสารสำคัญในการพาลูกข้ามพรมแดนกลับไปยังประเทศต้นทาง หรือเดินทางมายังประเทศไทยได้

6.5 การเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศของเด็กข้ามชาติ

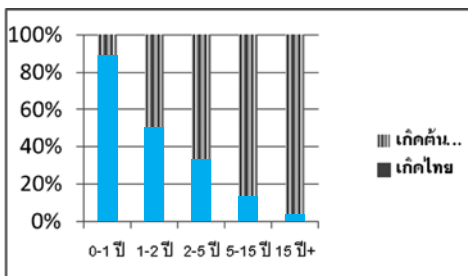
การศึกษาเชิงปริมาณในด้านสถานที่เกิด และการอาศัยอยู่ในปัจจุบันของเด็กที่เกิดกับแม่ข้ามชาติที่สัมภาษณ์ ชุดข้อมูลนี้ทำให้เข้าใจการเคลื่อนย้ายของเด็กข้ามชาติได้ โดยเฉพาะเด็กในกลุ่มที่เข้าข่ายรับวัคซีนพื้นฐาน (ตั้งแต่แรกเกิดถึงขวบครึ่ง และการกระตุ้นซ้ำเพื่อเสริมภูมิคุ้มกัน ในช่วงอายุ 2-6 ปี) วัคซีนในเด็กนักเรียน (7-12 ปี) และ วัคซีนการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ (แรกเกิด-15 ปี)

จากการศึกษาแม่ข้ามชาติที่มีบุตรจำนวน 331 ราย ที่มีบุตรทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยและประเทศต้นทาง พบว่าหญิงข้ามชาติทั้งหมดที่สัมภาษณ์ มีบุตรทั้งสิ้นรวม 541 คน การสัมภาษณ์ได้ข้อมูลของบุตรในประเทศที่เกิด (ประเทศไทย/ประเทศต้นทาง) สถานที่เกิด (โรงพยาบาล/บ้านหรือชุมชน) และ การอาศัยอยู่ของบุตรใน

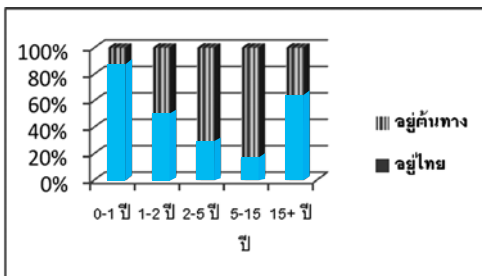


ปัจจุบัน (ประเทศไทย/ประเทศต้นทาง) พบว่า ลูกที่มีอายุ 0-1 ปี ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 88.9 เกิดในประเทศไทย ลูกที่มีอายุ 1-2 ปี ร้อยละ 50 เกิดในประเทศไทย การเกิดในประเทศไทยในกลุ่มอายุที่มากขึ้น มีสัดส่วนน้อยลงตามลำดับ กล่าวคือ ลูกในกลุ่มอายุ 3-5 ปี 6-15 ปี และมากกว่า 15 ปี เกิดในประเทศไทยร้อยละ 34.3 ร้อยละ 12.6 และร้อยละ 3.4 ตามลำดับ (ดูแผนภาพที่ 6.1) การศึกษายังพบจากข้อมูลชุดนี้ว่า กลุ่มที่เกิดในประเทศไทย จะมีแนวโน้มคลอดที่โรงพยาบาลมากกว่า ในขณะที่การเกิดที่ประเทศต้นทาง มีแนวโน้มการคลอดที่บ้าน/ชุมชนเป็นหลัก

แผนภาพที่ 6 สถานที่เกิดและสถานที่อยู่ของเด็กข้ามชาติตามกลุ่มอายุ



แผนผังที่ 6.1 สถานที่เกิดจำแนกตามอายุ



แผนผังที่ 6.2 การอยู่อาศัยในปัจจุบันจำแนกตามอายุ

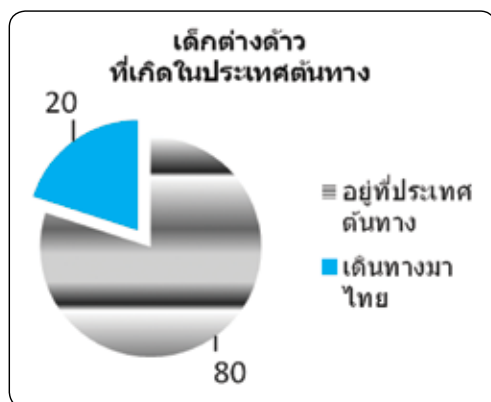
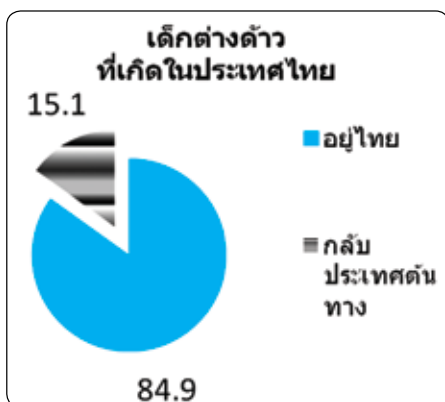
เมื่อพิจารณาถึงการอาศัยอยู่ในปัจจุบันของเด็กข้ามชาติ พบว่า เด็กข้ามชาติในกลุ่มอายุ 1-2 ปี มีแนวโน้มที่จะอาศัยอยู่ในประเทศไทยเช่นเดียวกัน และน้อยลงตามลำดับเมื่ออายุ 2-5 ปี และ 6-15 ปี (ดังแสดงในแผนภาพที่ 6.2) อย่างไรก็ตาม พบว่าในกลุ่มที่อายุ 15 ปีขึ้นไป ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในประเทศต้นทาง เมื่ออย่างเข้าสู่วัยที่ทำงานได้ตามกฎหมายก็อาจมีการติดตามบิดามารดาเข้ามาทำงานทำให้มีสัดส่วนของการอาศัยอยู่ในประเทศไทยมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ซึ่งชี้ให้เห็นว่า เมื่อลูกของแรงงานข้ามชาติเข้าสู่วัยแรงงาน ก็นิยมเดินทางมาประเทศไทยเพื่อหางานทำตามบิดามารดาหรือญาติ

เพื่อให้เกิดความชัดเจนในการพิจารณาการเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศของเด็กข้ามชาติในกลุ่มอายุ 0-2 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงที่ต้องรับวัคซีนพื้นฐานครบในช่วงแรกเกิดถึงขวบครึ่ง จึงได้เปรียบเทียบเด็กกลุ่มนี้ที่เกิดในประเทศไทย (86 คน) และเกิด



ในประเทศต้นทาง (30 คน) รวม 116 คน พบว่า ลูกของแม่ข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย เกิดในประเทศไทยมีมากกว่าในประเทศต้นทาง (ร้อยละ 74.1 และ 25.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาการเดินทางข้ามพรมแดนระหว่างประเทศในช่วง 2 ขวบปีแรก หลังจากเกิด พบว่า เด็กที่เกิดในไทยและเกิดที่ประเทศต้นทาง ทั้งสองกลุ่มมีการเดินทางข้ามพรมแดนไป-มา ดังแสดงในแผนภาพที่ 7

แผนภาพที่ 7 ร้อยละของการเดินทางข้ามพรมแดนของเด็กอายุ 0-2 ปี
เปรียบเทียบเด็กที่เกิดในประเทศไทย และประเทศต้นทาง



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

ร้อยละ 20.0 (6 คน) เป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศต้นทาง มาประเทศไทย

ร้อยละ 15.1 (13 คน) เป็นการเคลื่อนย้ายจากประเทศไทยกลับไปประเทศต้นทาง

การเคลื่อนย้ายจากประเทศต้นทางมายังประเทศไทยหลังคลอดบุตรนั้น จากการสนทนากลุ่มพบว่า มีหญิงข้ามชาติที่ตั้งครรภ์ในประเทศไทยจำนวนหนึ่งเดินทางกลับไปคลอดลูกที่บ้านเกิดเพราะที่ประเทศไทยไม่มีญาติดูแลระหว่างคลอด หลังคลอดหากมี



พ่อแม่หรือญาติช่วยเลี้ยงลูก แม่ข้ามชาติก็จะเดินทางกลับมาทำงานในประเทศไทย แต่หากไม่มีคนเลี้ยงลูก ก็มักขอให้ลูกแข็งแรงก่อนจึงเดินทางมาประเทศไทยพร้อมกัน

ส่วนการเคลื่อนย้ายกลับประเทศต้นทางหลังคลอดที่ประเทศไทย จากข้อมูลพบว่า มีแนวโน้มที่ทารกจะอาศัยอยู่กับแม่มากกว่าการส่งกลับไปเพื่อให้ญาติเลี้ยงดูที่ประเทศต้นทาง สำหรับกลุ่มที่ตัดสินใจส่งกลับ พ่อและแม่ข้ามชาติส่วนใหญ่ไม่สามารถพาเด็กเดินทางกลับเองได้เนื่องจากต้องทำงาน อีกทั้งในกลุ่มที่ไม่มีหนังสือเดินทางชั่วคราวที่ได้จากการพิสูจน์สัญชาติ การเดินทางข้ามพรมแดนกลับเข้ามามีความยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างสูง จึงมักใช้บริการส่งเด็กข้ามพรมแดน

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

- 1) ผูกคนในหมู่บ้านเดียวกันหรือเพื่อนที่ต้องการกลับบ้านพากลับไปด้วย กรณีนี้จะถูกที่สุด เสียค่าใช้จ่ายเพียงค่ารถและอื่นๆ เล็กน้อยราว 2-3 พันบาท
- 2) ให้นายหน้าจัดส่งให้ ซึ่งมักเป็นคนที่รู้จักคุ้นเคยกันดี กรณีนี้ราคาจะแพงขึ้นในราคา 3-6 พันบาท ขึ้นอยู่กับจุดส่งเด็ก เช่น กรณีส่งแค่ชายแดนและมีญาติมารับไป ราคาก็จะถูกกว่าการส่งถึงบ้านในชุมชน
- 3) ผ่านบริษัทรับส่งคนข้ามพรมแดน* บริษัทมีการจัดการเป็นระบบที่ติดต่อกับญาติในชุมชนต้นทาง และครอบครัวข้ามชาติในประเทศไทย เพื่อนัดหมายการรับส่งในราคา 2-3 พันบาท สำหรับเด็กเล็กและสูงถึง 14,500 บาท สำหรับคนวัยทำงาน

* ผู้ให้ข้อมูลในกลุ่มสนทนาระบุชื่อบริษัทหนึ่งที่ตั้งอยู่ที่อำเภอแม่สอดจังหวัดตาก จากคำบอกเล่า บริษัทนี้มีทั้งคนไทยพม่า กะเหรี่ยงและมอญดำเนินการจัดการรับส่งทั้งเด็กและผู้ใหญ่วัยแรงงาน ข้ามพรมแดนระหว่าง ไทย และพม่า

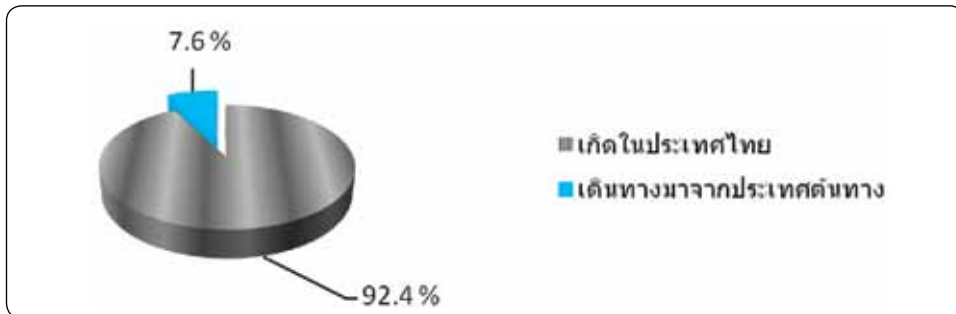


การศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นการเคลื่อนย้ายก็มีความสอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม โดยพบว่า แม่ข้ามชาติส่วนใหญ่ต้องการเลี้ยงดูลูกด้วยตนเองในประเทศไทย แต่ภาระการทำงานเป็นเงื่อนไขสำคัญที่ต้องตัดสินใจส่งลูกกลับประเทศต้นทาง กลุ่มที่ส่งกลับได้มักต้องมีพ่อแม่หรือญาติช่วยดูแลลูก ซึ่งพบว่า ผู้หญิงข้ามชาติโดยเฉพาะในกลุ่มมุสลิมและฮินดูที่อาศัย/ทำงานในประเทศไทยมาเป็นเวลานานแล้ว กล่าวว่าไม่มีญาติพ่อแม่พี่น้อง และบ้านที่ประเทศต้นทางแล้ว ซึ่งกลุ่มที่ส่งลูกกลับประเทศต้นทางไม่ได้จึงมักกลับไปทำงานหลังคลอดไม่ได้ หรือหากกลับไปทำงานก็ต้องจ้างคนมาดูแลลูกอย่างไรก็ตาม เมื่อลูกโตขึ้นจนอายุย่างเข้า 4-5 ปี การตัดสินใจส่งลูกกลับบ้านที่ประเทศต้นทางมีได้มากขึ้น เนื่องจากถึงวัยที่ต้องเข้าเรียนในโรงเรียนที่ประเทศต้นทาง โดยเน้นว่าต้องการให้ลูกเรียนภาษาของตนเอง กลุ่มที่ส่งลูกกลับไม่ได้ โดยเฉพาะในกลุ่มนับถือศาสนาอิสลาม สามารถส่งลูกเข้าเรียนในโรงเรียนมัธยมในประเทศไทยได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ

เมื่อวิเคราะห์ลักษณะการเดินทางไปกลับ และอายุของเด็กพบว่า เด็กอายุช่วง 0-2 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในช่วงของการสำรวจ เป็นเด็กที่เกิดที่ประเทศไทยส่วนใหญ่ กล่าวคือ ในจำนวนเด็กอายุ 0-2 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยที่ศึกษาทั้งหมดจำนวน 79 คน เป็นเด็กที่เกิดในประเทศไทย 73 คน ดังแสดงในแผนภาพที่ 8



แผนภาพที่ 8 ร้อยละของเด็กข้ามชาติ อายุ 0-2 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในปัจจุบัน จำแนกตามสถานที่เกิด



จึงอาจสรุปได้ว่า การดูแลหลังคลอดและการให้วัคซีนพื้นฐานเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กทารกที่เกิดจากแม่ข้ามชาติในช่วง 0-2 ปี พบว่าเป็นการดูแลกลุ่มเด็กข้ามชาติที่เกิดที่เมืองไทยเป็นส่วนใหญ่ และส่วนน้อยเท่านั้นที่เป็นเด็กข้ามชาติที่เคลื่อนย้ายมาจากประเทศต้นทาง หรืออีกนัยหนึ่งคือ แม้เด็กข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทยจะมีการอพยพกลับประเทศต้นทางไปบ้าง แต่ก็เป็นส่วนน้อยกว่าส่วนที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทย ดังนั้น ภาระในการดูแลเด็กข้ามชาติที่เกิดในประเทศไทยในช่วงสองขวบปีแรกเพื่อควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ยังคงต้องเป็นบทบาทของสถานบริการสุขภาพในประเทศไทย

6.6 การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค

ข้อมูลการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ได้มาจากการสัมภาษณ์แม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-5 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในช่วงของการศึกษาจำนวน 125 ราย เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติในด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค รวมทั้งการถือครองสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญในการนัดหมายเพื่อรับวัคซีนที่สถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ยังศึกษาความครอบคลุมของการรับวัคซีนเพื่อเปรียบเทียบกับความครอบคลุมในเด็กไทยโดยมีการศึกษาในกลุ่มอายุ



ที่สอดคล้องกับการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐาน ของกระทรวงสาธารณสุข โดยดูจากสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเป็นหลัก และหากไม่มีสมุด ก็ให้ถามจากความทรงจำของแม่เป็นข้อมูลประกอบ และหากพบว่าข้อมูลมีทิศทางไปในแนวเดียวกัน ก็ให้ใช้ข้อมูลจากความทรงจำของแม่ในการหาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนด้วย

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

วัคซีนป้องกันโรคต่างๆ ที่ศึกษา ได้แก่

BCG วัคซีนป้องกันวัณโรค

HB วัคซีนป้องกันโรคตับอักเสบนิดบี (HB3 คือการรับวัคซีนเข็มที่ 3)

OPV วัคซีนป้องกันโปลิโอ (OPV3, OPV4 คือการรับวัคซีนครั้งที่ 3 และ 4)

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

MMR วัคซีนป้องกันโรคหัด

JE วัคซีนไข้ป้องกันโรคไข้สมองอักเสบ (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

การศึกษาเชิงปริมาณจากแม่ข้ามชาติที่มีเด็ก 125 ราย พบว่า มีเด็กข้ามชาติจำนวนพอสมควรที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กทั้งนี้เด็กข้ามชาติในกลุ่มที่มีอายุน้อยจะมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กติดตัว มากกว่าเด็กในกลุ่มอายุมากกว่า ดังแสดงในตารางที่ 28

ตารางที่ 28 เด็กข้ามชาติที่มีสมุดสุขภาพเด็ก 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 พบว่า สมุดบันทึกสุขภาพเด็ก 3 ประเภท คือ

- 1) สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสีชมพูจัดทำตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขไทย การศึกษาพบจากแม่ที่คลอดที่โรงพยาบาลของรัฐที่รับประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติทั้งในสังกัดของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้แก่



- โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลเลิดสิน เป็นต้น และโรงพยาบาลในสังกัด
สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาล
กลาง และโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ เป็นต้น
- 2) สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสีชมพู 3 ภาษา ไทย พม่า และอังกฤษ จัดทำตาม
มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขไทย แต่มีภาษาอื่นนอกเหนือจากภาษาไทย
เพิ่มเติมเข้ามาเพื่อสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย พบจากแม่ที่คลอดที่โรงพยาบาล
ของรัฐที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนร่วมสนับสนุนพัฒนาการให้บริการ ได้แก่ โรง
พยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลบางจาก และโรงพยาบาลพระสมุทรเจดีย์
สวทยานนท์
 - 3) สมุดบันทึกสุขภาพเด็กสีขาวจัดทำโดยโรงพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพ
เนชั่นแนล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเอกชนแห่งเดียวในกรุงเทพมหานครที่รับประกัน
สุขภาพแรงงานข้ามชาติ สมุดนี้มีรูปแบบไม่เหมือนกับสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก
สีชมพู และมีข้อมูลที่แตกต่างคือ ไม่มีข้อมูลการรับวัคซีนบาดทะยักในช่วง
ฝากท้องของหญิงตั้งครรภ์ในช่วงฝากท้อง

การศึกษาเชิงคุณภาพในกลุ่มแม่ข้ามชาติพบว่า เข้าใจประโยชน์ของสมุดบันทึก
สุขภาพเด็กในด้านกำหนดนัดหมายรับวัคซีน นอกจากนี้ ยังกล่าวว่าสมุดบันทึกสุขภาพ
เด็กยังสามารถนำไปใช้ยื่นที่สถานพยาบาลในกรณีเด็กเจ็บป่วย เป็นหลักฐานหนึ่งแสดง
ว่าเด็กเกิดเมื่อไรและที่ไหน รวมทั้งสามารถนำไปรับวัคซีนต่อเนื่องหากเดินทางกลับ
ประเทศต้นทางได้ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าจะมีประโยชน์ แต่ไม่มีใครตอบได้ว่าควรเก็บ
สมุดบันทึกสุขภาพเด็กไว้ถึงเด็กอายุเท่าไร แต่ส่วนใหญ่ก็เข้าใจว่าเก็บไว้จนเด็กได้รับ
วัคซีนครบ ซึ่งความครบของวัคซีนก็มีความเข้าใจที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น
ขวบปีแรก ขวบครึ่ง หรือ 2-3 ปี เป็นต้น ดังนั้นความเข้าใจต่อระยะเวลาการรับวัคซีน
จึงอาจส่งผลให้ยังคงเก็บสมุดบันทึกสุขภาพเด็กในกรอบเวลาที่แตกต่างกันไป

จากการดูสมุดบันทึกสุขภาพเด็กของแม่ที่เข้าร่วมสนทนากลุ่ม ทำให้มีข้อสังเกตว่า
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะลงเดือนนัดหมายเป็นภาษาไทย ซึ่งไม่สามารถสื่อสารกับแม่



ข้ามชาติให้เข้าใจได้ ทำให้การรับรู้วันนัดหมายต้องทำโดยการให้เพื่อนบ้านคนไทยช่วยดูให้ ซึ่งแม้ข้ามชาติก็มีข้อเสนอแนะว่าหากใช้ตัวเลขแทนชื่อเดือนย่อภาษาไทย จะทำให้เข้าใจวันนัดหมายได้ดีกว่า

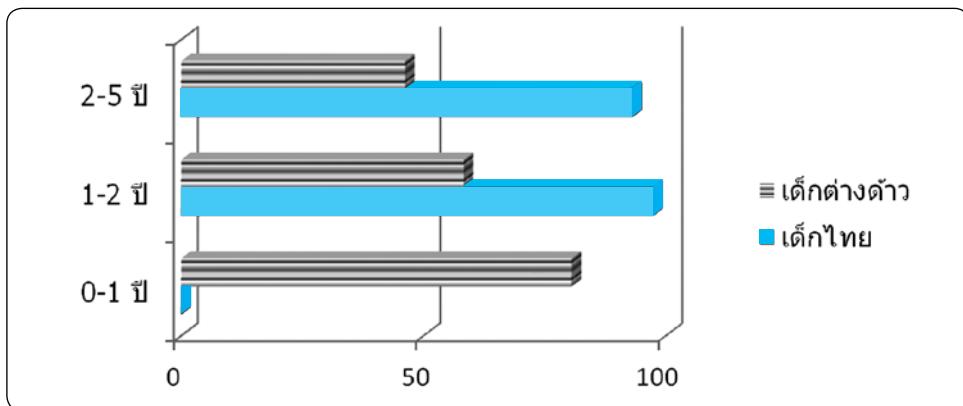
การศึกษาพบแม่จำนวน 4 รายที่คลอดลูกที่ประเทศต้นทางและเดินทางมายังประเทศไทยในช่วงเด็กอายุต่ำกว่าหนึ่งปี พบว่า ได้รับสมุดบันทึกสุขภาพเด็กจากคลินิกและแผ่นพับรับวัคซีนจากสถานบริการสุขภาพของรัฐที่ประเทศต้นทาง แต่ไม่ได้นำมาด้วยเพราะไม่แน่ใจว่าจะใช้รับวัคซีนต่อเนื่องจากที่ประเทศไทยได้หรือไม่ ดังนั้นกลุ่มนี้จึงยังไม่ได้รับวัคซีนต่อเนื่องจากที่เคยได้รับมาบ้างแล้วที่ประเทศต้นทาง

เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนเด็กข้ามชาติที่มีสมุดสุขภาพเด็กกับเด็กไทยทั่วประเทศ²¹ พบว่า เด็กไทยในช่วงอายุ 1-2 ปี มีสมุดบันทึกสุขภาพสูงถึงร้อยละ 97.4 ลดลงเล็กน้อยเมื่อเด็กอายุถึง 4 ปีเหลือเฉลี่ยร้อยละ 95.3 และเมื่อเด็กไทยอายุ 5-6 ขวบ จะมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเหลือร้อยละ 88.6 ในขณะที่ผลการศึกษาในเด็กข้ามชาติ 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

²¹ กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2551



แผนภาพที่ 9 เปรียบเทียบการมีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กของเด็กไทยและเด็กข้ามชาติ



หมายเหตุ : ในกลุ่มอายุ 0-1 ปี ไม่มีข้อมูลเด็กไทยเปรียบเทียบ

สมุดบันทึกสุขภาพเด็กค่อนข้างมีความหมายต่อการไปรับวัคซีนมาก เนื่องจาก การศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ในกลุ่มเด็กอายุ 0-1 ปีที่มีสมุดสุขภาพเด็กจำนวน 50 ราย พบว่า ทุกรายมีข้อมูลการไปรับวัคซีน ซึ่งข้อมูลดังกล่าวเป็นการรับวัคซีนตรงตามนัด หมายถึงร้อยละ 94.0 แสดงให้เห็นว่า การได้รับแจกสมุดบันทึกสุขภาพเด็กเมื่อฝากท้อง หรือหลังคลอด และแม่เด็กยังคงเก็บไว้นั้น เป็นกลไกสำคัญในการทำให้เด็กข้ามชาติได้ รับวัคซีนอย่างต่อเนื่องตามนัดหมายได้

6.6.2 ความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐาน

เด็กทุกคนที่เกิดในประเทศไทยจะต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดต่อทุกชนิดตาม กำหนดนัดหมายโดยไม่แบ่งแยกสัญชาติและเชื้อชาติ ทั้งนี้ สำหรับประเทศไทย อายุ ที่ครบกำหนดรับวัคซีนเป็นดังต่อไปนี้คือ



ตารางที่ 29 ช่วงอายุของกลุ่มเป้าหมายการให้วัคซีนเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กของกระทรวงสาธารณสุข²²

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

การศึกษาเพื่อหาความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกของเด็กข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร ได้มาจากข้อมูลการรับวัคซีนในกลุ่มเด็กอายุ 1-2 ปี ที่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กจำนวน 13 ราย เพื่อดูหลักฐานการได้รับวัคซีนวัณโรค (BCG) คอตีบ-ไอกรน-บาดทะยัก-ไวรัสตับอักเสบบี เข็มที่ 3 (DTP-HB3) โปลิโอครั้งที่ 3 (OPV3) และ หัด (MMR) ในช่วงที่เด็กอายุ 0-1 ปี และจากการสอบถามความทรงจำของแม่ในกลุ่มที่ไม่มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก จำนวน 10 รายที่อายุระหว่าง 1-2 ปี ผลการศึกษาเป็นไปดังแสดงในตารางที่ 30 และ 31

ตารางที่ 30 ประวัติการรับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกในกลุ่มที่มีสมุดสุขภาพเด็ก

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

²² สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข, 2550



จากตารางที่ 30 น่าสังเกตว่าร้อยละของการได้รับวัคซีนนั้น วัคซีน BCG ที่ได้รับเมื่อแรกคลอดนั้นค่อนข้างสูง แต่พบว่า เมื่ออายุเด็กมากขึ้น การรับวัคซีนอย่างครบถ้วนครบ 3 ครั้งของ DTP-HB และ OPV รวมทั้งวัคซีน MMR กลับน้อยลงตามลำดับ และเมื่อสอบถามจากความทรงจำของแม่ที่ไม่มีสมุดบันทึกสมุดสุขภาพเด็กเป็นหลักฐาน ก็พบการได้รับวัคซีนดังแสดงในตารางที่ 31

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 จังหวัดๆ ละ 150 คน การสำรวจในครั้งนั้นไม่รวมเด็กข้ามชาติที่เป็นบุตรของแรงงานอพยพ และเด็กข้ามชาติในค่ายผู้ลี้ภัย และเนื่องจากจังหวัดในการสุ่มสำรวจในครั้งนั้นไม่มีกรุงเทพมหานคร จึงต้องเปรียบเทียบกับภาพรวมของประเทศไทย²³ นอกจากนี้ ยังได้พยายามเปรียบเทียบกับความครอบคลุมที่ประเทศต้นทางด้วยโดยใช้ข้อมูลการสำรวจล่าสุดในปี 2546²⁴ ที่ได้จากเอกสารบันทึกสุขภาพเด็ก

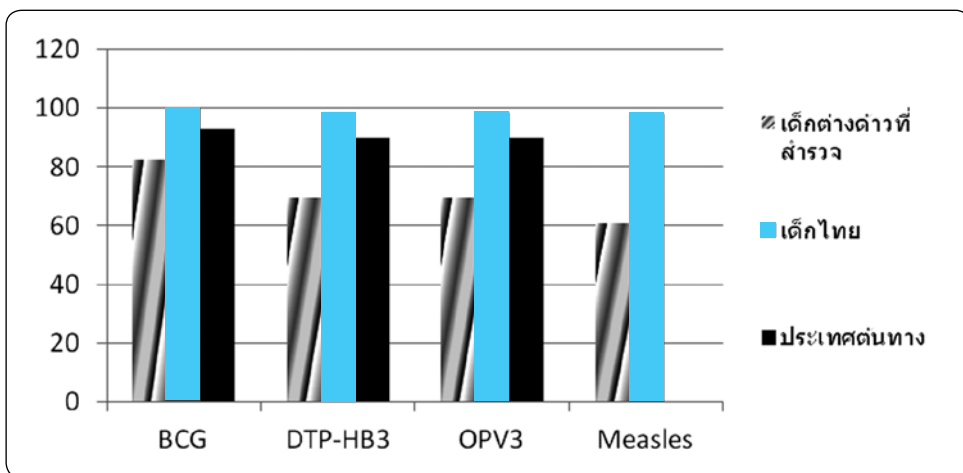
²³ อ้างแล้วใน 22

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



ซึ่งทั้งการสำรวจในประเทศไทยและประเทศต้นทาง ใช้แนวทางเดียวกัน ดังแสดงในแผนภาพที่ 10

แผนภาพที่ 10 ร้อยละของความครอบคลุมของวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกในเด็กไทย และเด็กข้ามชาติที่สำรวจ



หมายเหตุ : ข้อมูลความครอบคลุมของวัคซีนในประเทศต้นทาง ไม่มีความครอบคลุมของ Measles

พบว่า ความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานของเด็กข้ามชาติที่สำรวจสำหรับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกนั้น ค่อนข้างต่ำกว่าภาพรวมของประเทศไทยมากจากการหารืออย่างไม่เป็นทางการกับผู้รับผิดชอบแผนงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของประเทศ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การพัฒนาความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กกลุ่มข้ามชาติ ควรทำให้ได้ถึงร้อยละ 90 สำหรับวัคซีนพื้นฐานทุกชนิด อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศต้นทางพบว่า ความครอบคลุมยังต่ำกว่าเช่นกัน ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การที่เด็กเติบโตในครอบครัวที่มีการอพยพย้ายถิ่นฐานที่อยู่อาศัย ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้ความครอบคลุมของวัคซีนในขวบปีแรก ต่ำกว่าทั้งในประเทศต้นทางและประเทศปลายทางของการอพยพแรงงาน



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

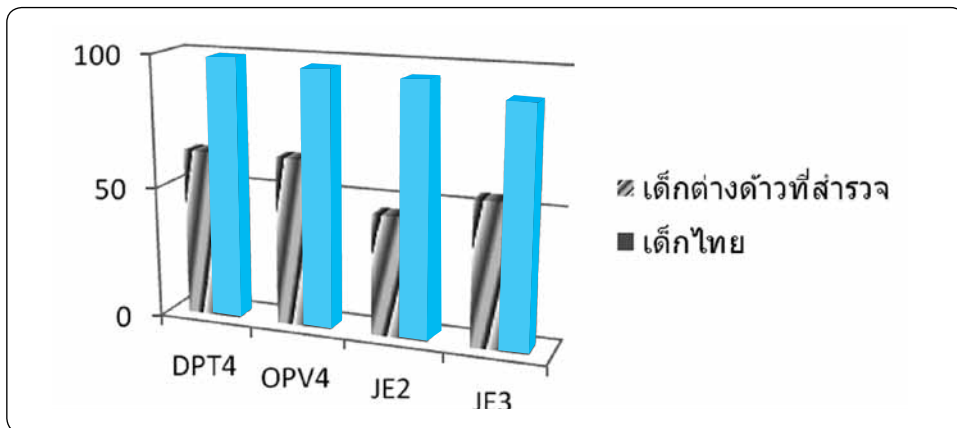
ตารางที่ 32 ประวัติการรับวัคซีนพื้นฐานในช่วงอายุ 2-3 ปี และ 3-4 ปี ในกลุ่มที่มีสมุดสุขภาพเด็ก

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 ปี จากการสำรวจของเด็กไทยใน พ.ศ.2551 พบว่า แม้ว่าความครอบคลุมของวัคซีน DTP4 และ OPV4 รวมทั้งวัคซีน JE2 และ JE3 จะลดลงในเด็กไทย แต่พบว่าในกลุ่มเด็กข้ามชาติกลับลดลงในสัดส่วนที่มากกว่าที่ลดลงในเด็กไทย ส่งผลให้ความครอบคลุมวัคซีนในเด็กข้ามชาติในกลุ่มอายุ 2-4 ปี มีความแตกต่างจากภาพรวมของประเทศไทยมากยิ่งขึ้น



แผนภาพที่ 11 ร้อยละของความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กกลุ่มอายุ 2-4 ปี ในเด็กไทยและเด็กข้ามชาติที่สำรวจ



ข้อเท็จจริงที่ได้จากการสนทนากลุ่มชี้ว่า การรับวัคซีนในประเทศไทย และประเทศต้นทางมีความแตกต่างกันกล่าวคือในประเทศต้นทางบริการวัคซีนจะเป็นหน่วยเคลื่อนที่ไปตามหมู่บ้านนอกจากบริการวัคซีนยังมีการชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูงเพื่อติดตามพัฒนาการของเด็ก เช่นเดียวกับบริการของคลินิกเด็กดีของประเทศไทย (well-baby clinic) เมื่อใกล้วันนัดหมาย ผู้นำชุมชนจะประกาศให้สมาชิกชุมชนทราบล่วงหน้าว่าหน่วยบริการฯ จะมาในวัน-เวลา และสถานที่ใด เพื่อให้ครอบครัวที่มีลูกเข้าเกณฑ์รับวัคซีนพามารับโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ซึ่งค่อนข้างสะดวกสำหรับแม่ลูกอ่อนที่ไม่ต้องเดินทางไปยังสถานีนอามัย แต่หากไม่สามารถมาตามนัดหมายที่ชุมชนได้ จะต้องพาไปรับวัคซีนที่นอามัยเอง และเสียค่าใช้จ่ายในการบริการด้วยกลุ่มแม่ข้ามชาติที่สนทนาด้วยบางราย จึงกล่าวว่า การรับวัคซีนที่ประเทศไทยนั้นราคาแพง อย่างไรก็ตามก็มีความเชื่อว่า วัคซีนไทยน่าจะดีกว่าเพราะประเทศไทยมีความเจริญด้านสาธารณสุขมากกว่า

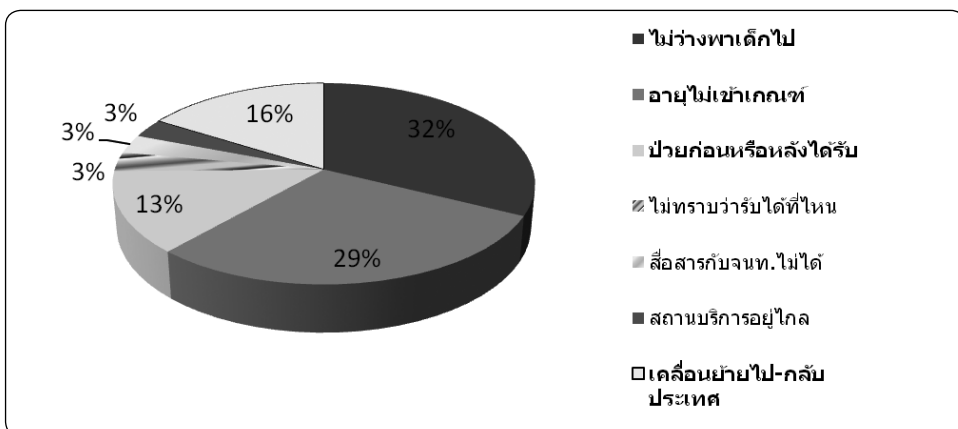
การไปรับวัคซีนที่ประเทศไทยนั้น มีวิถีที่ตรงกันข้ามกับที่ประเทศต้นทาง กล่าวคือต้องไปรับที่สถานบริการตรงตามกำหนดนัดหมายที่มีให้บริการ ทำให้แม่ข้ามชาติจำนวนมากพลาดนัดหมายวัคซีน ทั้งนี้พบว่า แม่ข้ามชาติมีความกระตือรือร้นในการไปรับวัคซีนมากหลังคลอด แต่เมื่อลูกโตขึ้น ก็ต้องกลับเข้าทำงานโดยมีวันหยุดที่ไม่ตรงกับวันให้บริการ ทั้งนี้พบว่า มีแม่ข้ามชาติจำนวนหนึ่งที่ยินดีไปรับวัคซีนที่คลินิกใกล้บ้าน



โดยยอมเสียค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูง กล่าวคือ วัคซีนทารกอายุ 2 เดือน ราคา 380 บาท วัคซีนเมื่อเด็กอายุ 3 เดือน ราคา 410 บาท แต่สาเหตุที่เลือกไปคลินิกแม้ว่าจะแพง เพราะใกล้ที่พัก สะดวก ไม่มีรอบการฉีดเฉพาะวัน หากไปตามนัดไม่ได้ก็พาไปอีกครั้ง เมื่อไรก็ได้ภายใน 1 เดือน ทั้งนี้ เพื่อแลกกับการได้ทำงานและการเดินทางไปสถาน บริการสาธารณสุขที่ต้องเสียค่าเดินทางและเวลา อย่างไรก็ตาม พบว่าแม่ข้ามชาติก็ ขาดความรู้ในเรื่องสถานบริการสาธารณสุขชุมชนที่ใกล้บ้านด้วย รู้จักแต่เฉพาะบางสถาน บริการสาธารณสุขที่อยู่ค่อนข้างไกลกว่าตามคำบอกเล่าของเพื่อนบ้านเท่านั้น

การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า แม่ข้ามชาติส่วนใหญ่ตระหนักกว่าควรพาลูกไปรับ วัคซีนตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยเข้าใจว่าวัคซีนมีประโยชน์ ทำให้ เด็กแข็งแรง และป้องกันโรค หรือหากเป็นโรคก็จะมีอาการไม่ร้ายแรง แต่ก็ยังขาด ความเข้าใจในเรื่องการรับครบตามกำหนดนัดหมาย และอายุที่ควรได้รับวัคซีน การ ศึกษาเชิงปริมาณก็มีความสอดคล้องกับเชิงคุณภาพ พบว่า สาเหตุที่เด็กข้ามชาติ พลาดนัดรับวัคซีนมากที่สุดคือการไม่ว่างพาเด็กไปรับในวันนัดหมาย รองลงมาคือไม่ เข้าใจเกณฑ์อายุที่ควรได้รับ ลูกมีอาการป่วยก่อนหรือหลังรับวัคซีนและไม่ทราบว่า จะ รับได้ที่ใด ดังรายละเอียดในแผนภาพที่ 12

แผนภาพที่ 12 สาเหตุของการพลาดนัดรับวัคซีนในเด็กข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร



หมายเหตุ 1) การตอบข้อคำถามนี้ มีผู้ที่ตอบสาเหตุมีจำนวนค่อนข้างน้อย คือ 31 ราย
2) ผู้สัมภาษณ์ไม่ได้แยกข้อมูลการป่วยก่อนหรือหลังได้รับวัคซีน



นอกเหนือจากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น การลงวันนัดหมายในสมุดบันทึกสุขภาพเด็กด้วยภาษาที่แม่ข้ามชาติเข้าใจก็มีความสำคัญ โดยเสนอแนะให้ลงเดือนเป็นตัวเลขซึ่งจะทำให้สื่อสารวันนัดหมายได้ดีที่สุด และแม้ส่วนใหญ่จะทราบว่า หากพลาดนัดก็ยังเลื่อนนัดได้ในกรอบเวลา 2-4 สัปดาห์ แต่ด้วยความเป็นคนข้ามชาติ ความกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำหนิทำให้กลัวการไปรับในครั้งต่อไป ทั้งนี้พบว่า แม่ข้ามชาติที่พาลูกจากพม่ามาอยู่ที่ประเทศไทย ไม่ทราบว่าจะนำลูกเข้าสู่บริการวัคซีนต่อเนื่องได้อย่างไร เนื่องจากไม่ได้มีสมุดบันทึกสุขภาพเด็กจากประเทศต้นทางติดตัวมา จึงทำให้ไม่กล้าไปรับวัคซีนที่สถานบริการ ประกอบกับความสับสนในอายุที่ควรได้รับวัคซีนทำให้คิดว่าน่าจะครบตามเกณฑ์ของประเทศต้นทางแล้ว

6.6.3 การได้รับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ

โครงการกวาดล้างโปลิโอในประเทศไทย เริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2533 ภายหลังจากการประชุมสมัชชาอนามัยโลก พ.ศ.2531 (World Health Assembly 1988) ในการประชุมครั้งนั้นได้ประกาศเป้าหมายที่จะกวาดล้างโปลิโอให้หมดไปจากโลก โดยดำเนินการตามมาตรการสำคัญ 4 ประการ คือ เร่งรัดระดับความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนโปลิโอในเด็กกลุ่มเป้าหมายอายุต่ำกว่า 5 ปี พร้อมกับรณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอในพื้นที่กลุ่มเสี่ยงเป็นประจำทุกปี เร่งรัดพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังโรค เพื่อค้นหาผู้ป่วยที่มีอาการอัมพาตกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียกอย่างเฉียบพลัน (Acute Flaccid Paralysis: AFP) ร่วมกับการดำเนินการสอบสวนและควบคุมโรคทันที

การดำเนินงานกวาดล้างโรคโปลิโอในประเทศไทยมีความก้าวหน้าตามลำดับสามารถกวาดล้างโรคโปลิโอให้หมดไปได้จากประเทศตามเป้าหมาย โดยปัจจุบันไม่พบผู้ป่วยโปลิโอมาเป็นเวลากว่า 14 ปี (พบผู้ป่วยรายสุดท้ายเมื่อ พ.ศ.2540) รวมทั้งในปัจจุบันอัตราความครอบคลุมการรับวัคซีนป้องกันโรคโปลิโอ 3 ครั้ง มากกว่าร้อยละ 99 อย่างไรก็ตาม ยังคงมีเด็กด้อยโอกาสในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้ายอพยพทั้งที่เป็นเด็กไทยและเด็กข้ามชาติที่เข้าถึงการบริการวัคซีนในระบบปกติได้ยากอาจจะยังไม่เคยได้รับวัคซีน หรือยังได้รับไม่ครบถ้วนตามกำหนด ดังนั้นการระดมให้วัคซีนโปลิโอ



ให้ครอบคลุม จึงเป็นมาตรการสำคัญที่จะป้องกันประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศ
ทั้งนี้ ในกลุ่มเด็กต่างชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย ได้มีการกำหนดการรณรงค์ไว้ที่อายุ
ต่ำกว่า 15 ปี อย่างไรก็ตาม การหยอดวัคซีนโปลิโอในกลุ่มเด็กเหล่านี้ยังพบข้อจำกัด
ในด้านการเข้าถึง

ต่อมาใน พ.ศ.2553 กระทรวงสาธารณสุขไทยได้ตกลงเห็นด้วยกับข้อเสนอการ
กำจัดโรคหัด ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน จากผลการปรึกษาหารือร่วมกับ
ประเทศต่างๆ ในการประชุมสมัชชาอนามัยโลก พ.ศ.2553 โดยได้มอบหมายให้กรม
ควบคุมโรคจัดทำแผนดำเนินโครงการกวาดล้างโปลิโอและโรคหัด พ.ศ.2553-2563
แผนนี้²⁵ มีเป้าหมายหลักคือ 1) เพื่อรักษาสถานะปลอดโรคโปลิโอในประเทศไทย
2) เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดโรคหัดในประเทศไทยลงเหลือไม่เกิน 1 รายต่อประชากร
หนึ่งล้านคนในปี 2563 สารสำคัญที่เกี่ยวข้องคือ รณรงค์ให้วัคซีนโปลิโอแก่เด็ก
ในพื้นที่เสี่ยงทั่วประเทศให้ครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 90²⁵

ผลการศึกษาในด้านการได้รับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอประจำปี 2554 ของ
กรุงเทพมหานครซึ่งดำเนินการในเดือนมกราคมและเดือนกุมภาพันธ์ 2555 โดยเลื่อน
มาจากเดือนธันวาคม-มกราคม 2554 เนื่องจากสถานการณ์น้ำท่วม ได้มาจากการ
สัมภาษณ์แม่ของเด็กข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยในระหว่าง
การศึกษาจำนวน 135 คน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายการรับวัคซีนรณรงค์นี้ โดยการ
สอบถามการไปรับวัคซีนของลูกที่อายุระหว่าง 0-15 ปีครั้งล่าสุด ในเดือนมกราคม
และกุมภาพันธ์ที่ผ่านมา โดยระบุการรับวัคซีนโปลิโอเป็นสามลักษณะคือ 1) รับครบ
ทั้งสองครั้ง 2) รับเพียงครั้งที่ 1 หรือครั้งที่ 2 และ 3) ไม่ได้รับเลยทั้งสองครั้ง

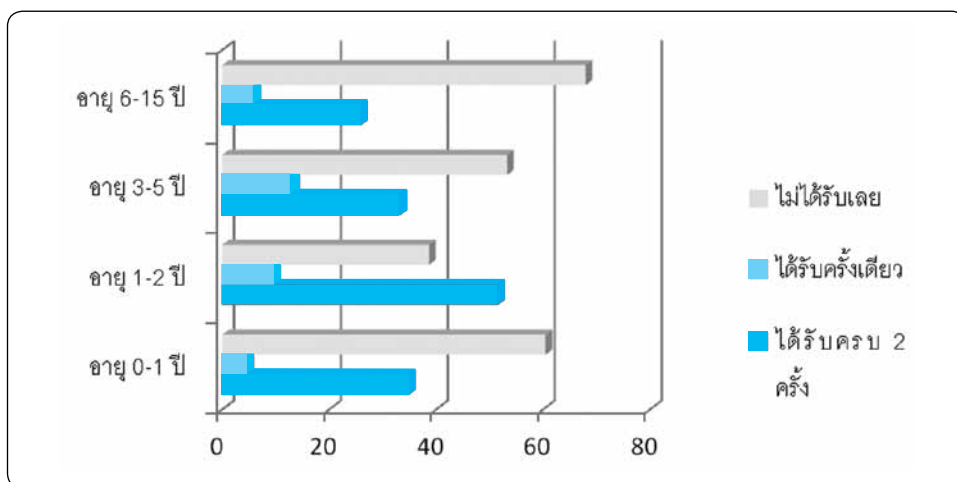
หากพิจารณาผลการรับตามกลุ่มอายุก่อน คือ 0-1 ปี, 1-2 ปี, 3-5 ปี และ 6-15 ปี
พบว่า แต่ละกลุ่มอายุได้รับวัคซีนรณรงค์โปลิโอที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 6-15 ปี
ไม่ได้รับวัคซีนทั้งสองครั้งสูงที่สุดถึงร้อยละ 68.0 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 0-1 ปีร้อยละ 60.5

²⁵ ศูนย์ประสานงานโครงการกวาดล้างโปลิโอและโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ, 2554



สำหรับในกลุ่มอายุ 1-2 ปี และ 3-5 ปี แม้ว่าจะน้อยกว่ากลุ่มอายุที่กล่าวมา แต่ก็ยังคงมีจำนวนมากถึงร้อยละ 38.7 และ 53.3 ตามลำดับ มีจำนวนหนึ่งที่ได้รับเพียงครั้งเดียวแต่ค่อนข้างน้อย ดังแสดงในแผนภาพที่ 13

แผนภาพที่ 13 การได้รับวัคซีนรณรงค์โปลิโอของเด็กข้ามชาติ จำแนกตามกลุ่มอายุ



การที่แม่ข้ามชาติจำนวนมากไม่พาลูกไปรับวัคซีนโปลิโอ ได้สะท้อนจากข้อค้นพบจากการศึกษาเชิงปริมาณว่า แม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-15 ปีที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการณรงค์รับวัคซีนโปลิโอ เพราะแม่ข้ามชาติจะรับรู้เรื่องการณรงค์หยุดวัคซีนโปลิโอร้อยละ 67.9 แต่ขาดความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องอายุที่ควรได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่เข้าใจว่า อายุที่ควรได้รับคืออยู่ในวัยทารก โดยมีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 2.2 เท่านั้น นอกจากนี้ ยังมีผู้เข้าใจถูกต้องถึงจำนวนครั้งที่ต้องหยุดเพียงร้อยละ 18.6 ดังแสดงในตารางที่ 33



ตารางที่ 33 ความเข้าใจในการหยอดวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ

แม่ที่มีลูก อายุ 0-15 ปี (N=135)	ความรู้เรื่อง การรณรงค์ (n=131 ไม่มีข้อมูล =4)		อายุที่ควรได้รับ (N=135)			จำนวนครั้งที่หยอดต่อปี (n=129 ไม่มีข้อมูล =6)		
	รู้	ไม่รู้ ไม่แน่ใจ	ตอบถูก (ตอบ 0-15 ปี)	ตอบผิด	ไม่แน่ใจ 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 เนื่องจากมีเพียงสองในสามเท่านั้นที่รับรู้ว่ามีกรรณรงค์ อย่างไรก็ตาม การขาดความรู้ความเข้าใจในอายุที่ควรได้รับ และจำนวนครั้งที่ต้องหยอดวัคซีน ส่งผลให้แม่ไม่พาลูกออกไปรับวัคซีน แม้จะรับรู้ว่ามีกรรณรงค์ก็ตาม

- ในกลุ่มอายุ 6-15 ปี ที่ไม่ได้ไปรับสูงที่สุด เนื่องจากอาจสับสนกับการรณรงค์ในเด็กไทยที่เน้นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
- ในกลุ่มเด็กเล็ก อายุ 0-1 ปี พบความสับสนระหว่างการหยอดวัคซีนโปลิโอในช่วงรณรงค์ และการรับวัคซีนพื้นฐานในขวบปีแรกที่ต้องรับตามกำหนดนัดที่เข้าใจว่าหมอไม่ได้นัดหมายตามสมุดบันทึกสุขภาพเด็ก จึงไม่ต้องรับในช่วงรณรงค์ และพบว่าร้อยละของการไม่ได้ไปรับก็สูงพอๆ กับกลุ่มเด็กอายุ 0-15 ปี

จากการศึกษาเชิงคุณภาพ แม่ข้ามชาติทั้งหมด ยกเว้นในกลุ่มที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนลงทำงานชุมชน ไม่เคยได้รับรู้เรื่องการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอเลย แต่ทั้งหมดคุ้นเคยกับการรณรงค์ที่ประเทศต้นทาง โดยจะมีการรณรงค์ทุกปี และประกาศนัดหมายวัน-เวลาให้คนในชุมชนพาเด็กอายุ 0-5 ปีมารับบริการในสถานที่ที่นัดหมายในชุมชนด้วยเหตุนี้เอง กลุ่มแม่ข้ามชาติ จึงอาจสับสนในเรื่องอายุที่ต้องรับวัคซีนรณรงค์จากประสบการณ์ตรงในประเทศต้นทาง และอายุที่ควรได้รับในประเทศไทย อย่างไรก็ตามพบว่า มีแม่ข้ามชาติจำนวนหนึ่ง เข้าใจว่าลูกของตนเองเคยได้รับการหยอดวัคซีนโปลิโอแล้ว ดังนั้น จึงไม่พาลูกมารับวัคซีนในการรณรงค์



ทั้งนี้ ในกลุ่มที่ไปรับแต่ได้รับเพียงครั้งเดียวพบว่า มีหน่วยมาให้บริการหยอดวัคซีนในชุมชนเพียงครั้งแรก และหน่วยดังกล่าวได้ย้ายจุดให้บริการไปที่ชุมชนอื่นในการหยอดครั้งที่สอง ทำให้แม่ข้ามชาตินั้นไม่ทราบว่าจะไปรับครั้งที่สองที่ใด

การศึกษาเชิงปริมาณเรื่องแหล่งแจ้งการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอพบว่า แหล่งที่ทำให้รับรู้มากที่สุดคือบุคลากรที่โรงพยาบาล รองลงมาคือองค์กรพัฒนาเอกชน ดังผลในตารางที่ 34 ดังนั้น ในการรณรงค์ฯ ควรให้ความสำคัญกับโรงพยาบาลเป็นพิเศษ เพราะแม่ข้ามชาติจำนวนมากในกรุงเทพมหานครได้ทำประกันสุขภาพและคลอดบุตรที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 34 แหล่งที่ทำให้รับรู้เรื่องวัคซีนโปลิโอ

แม่ที่มีลูก อายุ 0-15 ปี (N-135)	แหล่งเรียนรู้มากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว) (n=99 ไม่มีข้อมูล 26 ราย ไม่ทราบ 10 ราย)						
	แพทย์/ พยาบาลที่ โรงพยาบาล	ศูนย์ NGO อาสาสมัคร ข้ามชาติ	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 การใช้อาสาสมัครข้ามชาตินั้นเป็นกลไกที่ได้ผลดี เนื่องจากการวิเคราะห์แม่ข้ามชาติที่ระบุว่าเรียนรู้เรื่องนี้จากอาสาสมัครและศูนย์ NGO (Drop-in Center ในชุมชนที่มีอาสาสมัครข้ามชาติประจำอยู่) ร้อยละ 18.2 ดังตารางที่ 35 เป็นกลุ่มเดียวกันกับกลุ่มที่พาลูกไปหยอดวัคซีนโปลิโอครบทั้ง 2 ครั้งด้วย ดังนั้น การให้แจ้งข่าวสารเรื่องการรับวัคซีนโปลิโอ ผ่านสื่อบุคคล โดยอาสาสมัครที่สื่อสารภาษาเดียวกัน เพื่อให้กลุ่มแม่ที่มีลูกเข้าข่ายรับวัคซีนบอกต่อๆ กันไป จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่สำคัญในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจและออกมารับวัคซีนในช่วงรณรงค์

ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพ กล่าวคือ แม่ข้ามชาติแนะนำวิธีการแจ้งข่าวและชักชวนแม่ให้พาลูกมารับวัคซีนโปลิโอในลักษณะเชิงรุกในพื้นที่



ด้วยการบอกต่อๆ กันผ่านผู้นำอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งมักมีในทุกชุมชนอยู่แล้ว และ/หรือใช้อาสาสมัครข้ามชาติที่สื่อสารภาษาเดียวกันได้ ให้บอกต่อๆ กันในกลุ่มแม่ ซึ่งจะช่วยให้การกระจายข่าวเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก เนื้อหาที่บอกต่อกันควรเป็นเรื่องประโยชน์และความสำคัญ อายุที่ต้องได้รับ วัน-เวลา และสถานที่นัดหมายที่ชัดเจน ในชุมชนมีลักษณะเป็นตลาดที่มีแรงงานข้ามชาติทำงานจำนวนมาก ให้เสริมด้วยการประกาศที่ตลาดด้วยภาษาที่คนข้ามชาติเข้าใจได้ ของที่ระลึกจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้แม่ข้ามชาติเข้ามาร่วมกิจกรรมหยอดวัคซีนได้มากยิ่งขึ้น

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

ตารางที่ 35 การรับวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอในเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2555 ในเด็กข้ามชาติอายุ 0-15 ปี

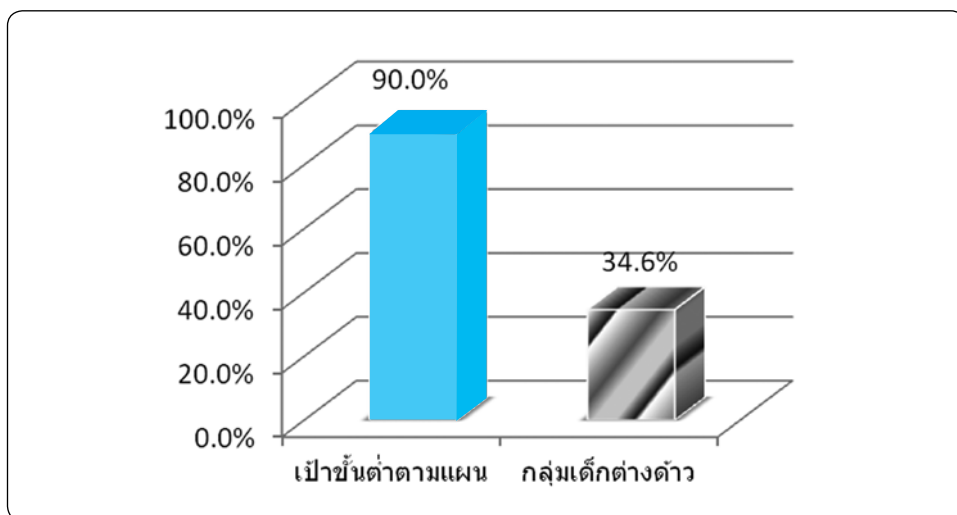
ลูกของแม่ ข้ามชาติ	การได้รับวัคซีน			
	(n = 154 ไม่ตอบ 7 ราย)			
	ได้รับ 2 ครั้ง	ไม่ได้รับ/รับไม่ครบ		
อายุ 0-15 ปี (N=161)		ไม่ได้ทั้ง 2 ครั้ง	ได้เฉพาะครั้งที่ 1	ได้เฉพาะครั้งที่ 2
จำนวน	54	88	10	2
ร้อยละ	34.6	56.4	6.4	1.3
		66.4		

จากการวิเคราะห์กลุ่มเด็กที่ได้รับวัคซีนรณรงค์โปลิโอกับแหล่งอาศัยของเด็ก กลุ่มนี้พบว่า ทั้งหมดเป็นพื้นที่ที่มีการดำเนินงานเชิงรุกร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน (พื้นที่ดังกล่าว ได้แก่ ชุมชนม่วงสกล ชุมชนท่าข้าม และชุมชนเพชรเกษม 71 ซึ่งมีอาสาสมัครขององค์การแพธอยู่ในพื้นที่) โดยใช้อาสาสมัครที่สื่อสารภาษาเดียวกันกระจายข่าวในช่วงการรณรงค์กวาดล้างโปลิโอ ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของแม่ข้ามชาติในการสนทนากลุ่มว่า การใช้สื่อบุคคลที่สื่อสารภาษาเดียวกันเป็นตัวกลางแจ้งข่าวและเอื้ออำนวยในการรับวัคซีนโปลิโอ เป็นวิธีการที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ดี



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

แผนภาพที่ 14 เปรียบเทียบร้อยละของความครอบคลุมของวัคซีนกวาดล้างโปลิโอจากแผนงานฯ และจากการสำรวจในเด็กข้ามชาติอายุ 0-15 ปี



ดังนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการรณรงค์ให้แม่ข้ามชาติเข้าใจและพาลูกมารับวัคซีนในช่วงรณรงค์กวาดล้างโปลิโอทุกๆ ปี เนื่องจากแม่ข้ามชาติมีความพร้อมที่จะให้ความร่วมมืออยู่แล้ว และการรณรงค์ให้เข้าถึงชุมชนนี้เอง จะเป็นฐานที่สำคัญในการให้แม่และชุมชนข้ามชาติเกิดความตระหนักและให้ความสำคัญกับการพาลูกไปรับวัคซีน



6.7 การดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย

สำหรับข้อมูลด้านการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วย ศึกษาจากแม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยจำนวน 125 คน โดยการศึกษาเน้นที่โรคทางเดินอาหาร และทางเดินหายใจเป็นหลัก พบว่า ในรอบสองสัปดาห์ที่ผ่านมาของช่วงเวลาที่ศึกษา คือระหว่างเดือนเมษายน-มิถุนายน ซึ่งเป็นช่วงฤดูร้อน และรอยต่อระหว่างฤดูร้อน และฤดูฝน พบเด็กป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจมากกว่าโรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 36.0 และ 8.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 36) และเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า การป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารนั้น มักพบในเด็กข้ามชาติที่กลุ่มอายุ 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 แม่ข้ามชาติส่วนใหญ่หรือ ร้อยละ 76.2 เรียนรู้การดูแลลูกที่ป่วยจากประสบการณ์ของตนเองและจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะเพื่อนบ้านที่มีลูกมาก่อน อีกทั้งการอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดียวในประเทศไทย ที่ไม่มีพ่อแม่หรือญาติผู้ใหญ่ของฝ่ายหญิงให้คำแนะนำปรึกษาดังเช่นชีวิตที่ประเทศต้นทาง ชี้ให้เห็นว่าเป็นการเรียนรู้ในขอบเขตที่จำกัด ซึ่งอาจทำให้เรียนรู้วิธีการดูแลที่คลาดเคลื่อนจากการดูแลที่ถูกต้องได้ แม้ว่าฝ่ายชายจะมีบทบาทมากขึ้น แต่ก็ขาดความรู้เรื่องการดูแลเด็ก การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า สิ่งที่มีผู้ชายจะช่วยให้ได้คือการพาไปหาหมอเมื่อลูกป่วยเท่านั้น



ตารางที่ 37 แหล่งเรียนรู้เมื่อลูกมีอาการเจ็บป่วย

แม่ที่มีลูกอายุ	แหล่งเรียนรู้มากที่สุด (ตอบเพียงข้อเดียว) (n=124 ไม่ตอบ 1 ราย)					
	สมาชิกในครอบครัว	เพื่อนบ้าน	การเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเอง	แพทย์/พยาบาลที่โรงพยาบาล	คลินิก	ศูนย์ NGO/อาสาสมัครข้ามชาติ
จำนวน	60	21	13	24	4	2
ร้อยละ	48.4	16.9	10.5	19.4	3.2	1.6
	76.2					

การหาข้อมูลเพื่อการดูแลลูกยามเจ็บป่วยนั้นส่วนใหญ่หาจากคนที่อพยพมาทำงานในประเทศไทยด้วยกัน อย่างไรก็ตาม การศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า กรณีคนข้ามชาติที่เช่าบ้านในชุมชนเดียวกันกับคนไทย ก็มักขอคำแนะนำจากคนไทยด้วย และกล่าวว่ามักได้รับความช่วยเหลือเกื้อกูลเป็นอย่างดี

เหตุที่แหล่งเรียนรู้มีจำกัด การศึกษาจึงพบว่า การดูแลเด็กเล็กอายุ 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคท้องร่วง แม่ข้ามชาติไม่ได้ให้ความสำคัญต่อการทดแทนของเหลวที่สูญเสียไปจากร่างกายด้วยเกลือแร่แต่อย่างใด กล่าวคือ มีเพียงส่วนน้อยมาก (ร้อยละ 11.1) ที่แม่ข้ามชาติดูแลลูกที่ป่วยด้วยโรคทางเดินอาหารด้วยการให้น้ำทดแทนมากขึ้น และมีเพียงร้อยละ 22.2 เท่านั้นที่มีการให้ผงน้ำตาลเกลือแร่ หรือ ORS (Oral Rehydration Salts) ในระหว่างที่ลูกมีอาการท้องร่วง ซึ่งสอดคล้องกับการสนทนากลุ่มที่พบว่า แม่ข้ามชาติส่วนใหญ่จะรู้จักผงน้ำตาลเกลือแร่ แม้ว่าได้รับมาจากคลินิกหรือโรงพยาบาล แต่ก็ไม่เข้าใจประโยชน์ของการใช้ผงเกลือแร่ ในการดูแลมิให้ร่างกายขาดน้ำและเกลือแร่ในระหว่างท้องร่วง อีกทั้งเข้าใจผิดว่าผงเกลือแร่นั้นไม่สามารถใช้กับเด็กทารก แต่ใช้ได้กับผู้ใหญ่เท่านั้น



แตกต่างจากคนไทย กล่าวคือจากการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผงเกลือแร่ของคนไทยผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กมีประวัติเป็นโรคอุจจาระร่วงภายในระยะ 6 เดือน ในกรุงเทพมหานครในระหว่างเดือนกันยายน 2540 - กุมภาพันธ์ 2541 ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 81 ของผู้เลี้ยงดูเด็กกลุ่มตัวอย่างใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่เวลาเด็กมีอาการอุจจาระร่วง²⁶

นอกจากนี้ พบว่า มีแม่ข้ามชาติจำนวนหนึ่งที่คิดว่าท้องร่วงในเด็กทารกนั้นเป็นเรื่องธรรมชาติ トラバドที่เด็กยังเล่นและหัวเราะได้ก็ไม่ใช่ไร ดังนั้น จึงแก้ปัญหาลูกป่วยด้วยโรคท้องร่วง โดยการไปหาหมอเมื่อพบว่าลูกมีอาการแย่งเท่านั้น ส่วนในเด็กโต การดูแลมักจะเริ่มหาซื้อยากินเองก่อน หากอาการไม่ดีขึ้นจึงจะพาไปพบแพทย์

ในด้านการดูแลโรคทางเดินหายใจ พบพฤติกรรมการดูแลคล้ายคลึงกับโรคทางเดินอาหารกล่าวคือ เมื่อมีอาการต่างๆของโรคทางเดินหายใจ เช่น ตัวร้อน มีน้ำมูก หรือไอจาม แม่ข้ามชาติมักจะพาเด็กอายุน้อยไปหาหมอมากกว่าการดูแลเอง และเมื่อเด็กอายุมากขึ้น ก็จะมีแนวโน้มพาไปรักษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลน้อยลง โดยมักพึ่งพาร้านยามากกว่า ดังแสดงในตารางที่ 38

ตารางที่ 38 การดูแลรักษาระหว่างที่มีอาการโรคทางเดินหายใจ จำแนกตามกลุ่มอายุ

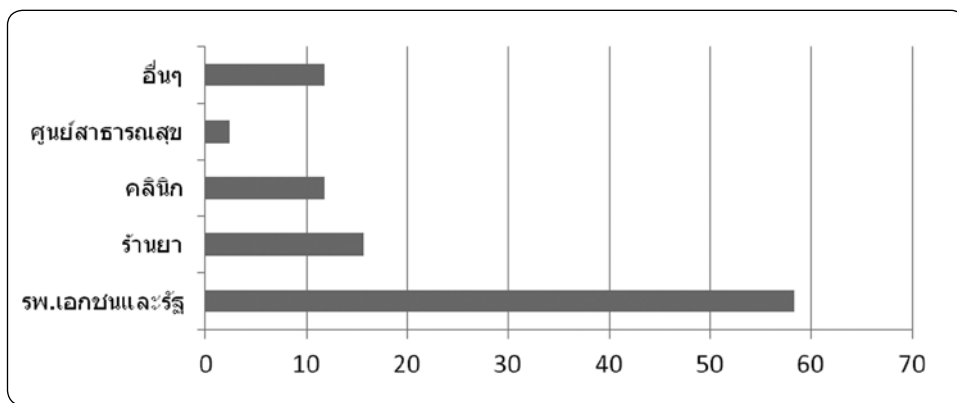
เด็กอายุ 0-5 ปี		การดูแลเมื่อป่วย		สถานที่พาไปรักษา				
		ดูแลเอง	พาไปรักษา	รพ.เอกชน	คลินิก	ร้านยา	รพ.รัฐ	ศูนย์ สาธารณสุข
0-1 ปี	จำนวน	6	12	4	3	2	2	1
n=18	ร้อยละ	33.3	66.7	33.3	25.0	16.7	16.7	8.3
1-2 ปี	จำนวน	3	8		3	5		
n=11	ร้อยละ	27.3	72.7		37.5	62.5		
2-5 ปี	จำนวน	8	8			7		1
n=16	ร้อยละ	50.0	50.0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

²⁶ นฤมล รัชตโกมุท, 2540



นอกจากการดูแลลูกเมื่อเจ็บป่วยแล้วได้มีการศึกษาแม่ข้ามชาติถึงการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วย พบว่า ผู้หญิงข้ามชาติที่มีประกันสุขภาพถึงร้อยละ 74.8 ทำให้เมื่อเจ็บป่วยไปใช้บริการโรงพยาบาลรัฐและเอกชนที่รับประกันสุขภาพเป็นส่วนใหญ่คือร้อยละ 58.3 รองลงมาคือ ร้านยา คลินิก และศูนย์บริการสาธารณสุข ร้อยละ 15.7, 11.8 และ 2.4 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภาพที่ 15

แผนภาพที่ 15 การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยของแม่ข้ามชาติที่มีลูกอายุ 0-15 ปี



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

กรณีส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.1 ของการเจ็บป่วยแล้วไปใช้สถานบริการที่มีประกันนั้น พบว่าเนื่องจากแม่ข้ามชาติมีประสบการณ์ตรงในการไปฝากท้อง คลอดลูก และพาลูกไปรับวัคซีนตามนัด หรือไปพบแพทย์เมื่อลูกมีความเจ็บป่วย ทำให้มีความคุ้นเคยกับสถานพยาบาลในระดับหนึ่ง จึงมีแนวโน้มในการไปใช้บริการที่สถานบริการที่มีประกันสุขภาพ ข้อค้นพบนี้แตกต่างจากการศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติทั่วไปที่มีประกันสุขภาพในจังหวัดอื่นๆ ที่พบว่า แม้มียประกันสุขภาพ แต่เมื่อ



มีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นก็นิยมไปใช้บริการที่สถานบริการใกล้บ้าน เช่น ร้านยา คลินิก เอกชนใกล้บ้านมากกว่า เนื่องจากสถานบริการห่างไกลจากที่พัก ปัญหาในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และความไม่คุ้นเคยกับสถานบริการ เป็นต้น

6.8 ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษานามัยแม่และเด็กในประชากรข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร พบว่า เป้าหมายของการอพยพแรงงานมายังประเทศไทย คือการทำงานเพื่อหาเงิน แต่ด้วยช่วงอายุที่กำลังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ มีการคุมกำเนิดผิดพลาดสูงทำให้มีลูกในประเทศไทย และเมื่ออัตราการฝากท้องที่สถานพยาบาลค่อนข้างสูงเนื่องจากต้องการมีสถานที่คลอดลูกที่แน่นอน แต่น้ำหนักแรกคลอดของเด็กที่เกิดมาส่วนใหญ่กลับต่ำกว่ามาตรฐานมาก เนื่องจากแม่ข้ามชาติที่ตั้งครรภ์ต้องทำงานหนักตลอดการตั้งครรภ์ และเพราะการอาศัยอยู่ในประเทศไทยนั้นเป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยว ไม่มีพ่อแม่ญาติพี่น้องดูแลดังเช่นที่ประเทศต้นทาง

การอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยวในประเทศไทยนี้ ทำให้ผู้ชายข้ามชาติมีบทบาทในการดูแลผู้หญิงระหว่างและหลังการตั้งครรภ์ค่อนข้างมาก แต่ก็ยังขาดความรู้ในด้านสุขภาพเพื่อการดูแลคู่ของตนเองขณะตั้งครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับหญิงข้ามชาตินั้นลาคลอดไม่ได้แม้ว่าจะมีการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งส่งผลต่อการคลอดและการเลี้ยงดูเด็กที่เกิดมา ทำให้เด็กได้รับอาหารอื่นๆ ตั้งแต่ทารกยังอายุน้อยเพื่อให้แม่สามารถทำงานได้และการหย่านมแม่เร็วยังเป็นการเตรียมส่งเด็กกลับประเทศต้นทางอีกด้วย นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กข้ามชาติที่เกิดในไทยเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพได้น้อยมาก แม้ว่าส่วนใหญ่ต้องการทำประกันให้ลูกของตนเองโดยเฉพาะในขวบปีแรก และยังพบอีกว่า เด็กข้ามชาติส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทย ไม่ได้รับสิทธิบัตรตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ.2551



การศึกษาด้านการเคลื่อนย้ายของเด็ก ทำให้เข้าใจว่าเด็กข้ามชาติที่เกิดในไทย และประเทศต้นทางมีการเคลื่อนย้ายไปมา แต่เด็กอายุ 0-2 ปีส่วนใหญ่ที่เกิดในประเทศไทยยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยมีแนวโน้มจะเดินทางกลับประเทศต้นทางเมื่ออายุ 2-5 ปี เพื่อเตรียมเข้าโรงเรียนที่ประเทศของตน และมีการเดินทางมาประเทศไทยอีกครั้งเมื่อถึงวัยแรงงาน

การนำผลการศึกษาด้านการคาดประมาณจำนวนรวมของประชากรข้ามชาติ สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา เพื่อนำมาคำนวณหาจำนวนเด็กข้ามชาติที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครตามกลุ่มอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนต่างๆ ในด้านสาธารณสุขในกลุ่มเป้าหมายนี้ พบว่า สามารถคาดประมาณจำนวนเด็กข้ามชาติกลุ่มอายุต่างๆ อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร ดังต่อไปนี้

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

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

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

ผลการศึกษาด้านความครอบคลุมของวัคซีนในเด็กข้ามชาติ พบว่า น้อยกว่าภาพรวมของเด็กไทยถึงหนึ่งในสามในขวบปีแรก และน้อยกว่าเกือบครึ่ง ในช่วงอายุ 1-4 ปี รวมทั้งความครอบคลุมของวัคซีนรณรงค์กวาดล้างโปลิโอก็ยังค่อนข้างต่ำมาก สถานการณ์เหล่านี้เป็นปัญหาต่อการควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในประเทศไทย หากระบบสุขภาพไทยไม่มีมาตรการใดๆ มารองรับ อาจทำให้โรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนที่ควบคุมได้แล้ว กลับมาระบาดซ้ำในประเทศไทยอีก เพราะมากกว่าร้อยละ 90 ของเด็กข้ามชาติอายุ 0-2 ปีที่เกิดที่นี้ยังคงอาศัยอยู่ในประเทศไทย



ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การที่เด็กเติบโตในครอบครัวที่มีการอพยพย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย ทำให้โอกาสการเข้าถึงบริการเป็นไปได้ยาก ส่งผลให้ความครอบคลุมของวัคซีนในขวบปีแรกต่ำกว่าทั้งในประเทศต้นทาง และประเทศปลายทางของการอพยพแรงงาน ดังนั้น การให้บริการวัคซีนเด็กข้ามชาติ นับเป็นภารกิจของระบบสุขภาพไทยเพื่อควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ซึ่งการดำเนินงานจะมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น หากมีการประสานงานกันในด้านการรับบริการระหว่างประเทศไทยและประเทศต้นทาง

การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะในการพัฒนาด้านอนามัยแม่และเด็กดังต่อไปนี้

1. การวางแผนครอบครัว มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องพัฒนาการเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากประชากรข้ามชาติส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานซึ่งเป็นวัยเจริญพันธุ์ โดย

- สร้างความตระหนักและเสริมสร้างความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว ทางเลือกที่หลากหลายในการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง รวมทั้งการเข้าถึงแหล่งบริการด้วยภาษาที่สื่อสารกับกลุ่มเป้าหมายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์และอาศัยอยู่เป็นคู่
- เน้นให้ความรู้ในเรื่องการใช้ยาคุมกำเนิดโดยไม่ผิดพลาดและผลข้างเคียงที่อาจเกิด เนื่องจากผู้หญิงข้ามชาติส่วนใหญ่ใช้วิธีการนี้ในการคุมกำเนิด รวมทั้งวิธีการจัดการเมื่อลืมกินยา และความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัย ในช่วงกินยาคุมผิดพลาดเพื่อรอกินยาแผงใหม่
- ให้ความรู้แก่ผู้หญิงข้ามชาติหลังคลอดที่ใช้น้ำนมคุมกำเนิดได้เข้าใจอาการข้างเคียงและการปรับตัวของร่างกายในช่วงแรก เพื่อที่จะได้มารับบริการฉีดยาคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง
- พิจารณาให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีที่คุมได้ในระยะยาว และมีประสิทธิภาพ ให้เป็นทางเลือกแก่กลุ่มผู้หญิงข้ามชาติที่ประสงค์จะคุมกำเนิด

2. การดูแลระหว่างตั้งครรภ์ ควรสานต่อการฝากครรภ์ที่มีสัดส่วนสูงอยู่แล้ว แต่ควรเพิ่มมาตรการในการสร้างความเข้าใจต่อการดูแลระหว่างการตั้งครรภ์ด้วย



ภาษาที่สื่อสารกับหญิงข้ามชาติได้ ควรสร้างการมีส่วนร่วมของฝ่ายชายในการร่วมกันดูแล เนื่องจากครอบครัวแรงงานข้ามชาตินั้นอาศัยอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว ขาดญาติผู้ใหญ่แนะนำ ทั้งนี้ เพื่อลดอัตราน้ำหนักแรกคลอดต่ำ และลดภาระการดูแลของสถานบริการสุขภาพในการบริหารรักษาทารกที่คลอดออกมาไม่แข็งแรง คำแนะนำดังกล่าวรวมถึงการดูแลตัวเองในด้านการอาหาร ประสิทธิภาพของงานที่ทำได้ การพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นต้น รวมทั้งการเข้ารับบริการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ได้รับการตรวจครรภ์และได้รับวัคซีนบาดทะยัก และการรับวัคซีนของลูกต่อเนื่องหลังคลอด

3. การได้รับสูติบัตร เป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันสถานะการไร้รัฐของเด็กข้ามชาติ และทำให้เด็กมีสถานะบุคคลที่จะนำไปสู่การเข้าถึงบริการสุขภาพ การศึกษาและอื่นๆ ในอนาคต แต่ความไม่กล้า ไม่คุ้นเคย และความหวาดกลัวกับการติดต่อราชการเพื่อรับสูติบัตรเกิดเนื่องจากการไม่สามารถสื่อสารภาษาได้และบางรายไม่มีเอกสารประจำตัว ดังนั้นควรพัฒนากลไกให้การเข้าถึงการได้รับสูติบัตรได้โดยสะดวก วิธีการที่ได้ผลจากการศึกษานี้คือให้โรงพยาบาลเป็นผู้ประสานสานกับสำนักงานเขต/อำเภอให้แม่ข้ามชาติได้รับสูติบัตรหลังคลอดก่อนที่จะออกจากโรงพยาบาล

4. การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และโภชนาการเด็กหลังคลอด การที่หญิงข้ามชาติเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจ นับเป็นข้อดี อย่างไรก็ตาม ควรได้มีการส่งเสริมการให้นมแม่ด้วยความถี่และระยะที่ยาวนานขึ้นและบูรณาการเรื่องโภชนาการเด็กที่ถูกต้อง ต่อต้านการเลี้ยงลูกด้วยอาหารเสริมอื่นๆ ที่เร็วเกินไปและมากเกินไปไม่สมวัย

การที่แรงงานข้ามชาติหญิง ที่แม่จดทะเบียนตามกฎหมายไม่สามารถลาคลอดได้เลยนั้น เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการที่เด็กจะได้นมแม่และได้รับการดูแลที่ดี ประเด็นนี้มีการถกเถียงกันในวงกว้างว่ายังคงเป็นปัญหาแม้กระทั่งในแรงงานหญิงไทย อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยมีความเห็นว่าหน่วยงานด้านสวัสดิการและการคุ้มครองแรงงานในด้านนี้ควรมีความพยายามทำให้ครอบคลุมโดยเท่าเทียมโดยไม่เลือกปฏิบัติว่าเป็นแรงงานไทย



หรือข้ามชาติ เพราะทั้งสองกลุ่มต่างก็ได้รับความคุ้มครองภายใต้กฎหมายไทย เช่นเดียวกัน

5. การเสริมสร้างความครอบคลุมของโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน ควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน พนักงานสาธารณสุขข้ามชาติ อาสาสมัครสาธารณสุขข้ามชาติ และกลุ่มต่างๆ ในชุมชนข้ามชาติที่มีการรวมตัวกัน ทั้งนี้ เพื่อควบคุมโรคติดต่อที่ป้องกันได้โดยวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพทั้งในประเทศไทย และในภูมิภาคนี้ โดยการ

- เสริมสร้างความเข้าใจต่อบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพ ถึงความสำคัญ ของนโยบายของการให้วัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กทุกคน ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่แบ่งแยกเชื้อชาติและสัญชาติ
- สร้างความตระหนักให้กับแม่ข้ามชาติต่อความสำคัญของการรับวัคซีน ครบถ้วนให้ต่อเนื่องจากการฝากท้องและหลังคลอดบุตร เพื่อให้ทารก ที่คลอดในประเทศไทยได้รับการวัคซีนอย่างครบถ้วน
- พัฒนาการใช้สมุดบันทึกสุขภาพเด็กภาษาไทย-ข้ามชาติซึ่งมีข้อมูลครบถ้วน ทั้งวัคซีนแม่และลูก โดยบุคลากรทางการแพทย์ควรลงบันทึกวัน-เดือน-ปี การรับวัคซีนด้วยตัวเลขทั้งหมด เพื่อที่จะทำให้การสื่อสารการนัดหมาย เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุขควรเป็นเจ้าภาพ ในการจัดพิมพ์และกระจายเพื่อใช้ในสถานบริการสุขภาพของจังหวัดที่มีการ ใช้แรงงานข้ามชาติ
- ให้บริการเชิงรุกในชุมชน เพื่อสำรวจจำนวนเด็ก และให้บริการหยอดวัคซีน ในช่วงรณรงค์กวาดล้างโปลิโอที่ความครอบคลุมยังต่ำกว่าเป้าหมายอยู่มาก โดยการเสริมสร้างความเข้าใจต่อจำนวนครั้งที่หยอดและอายุที่ควรได้รับ และใช้กลไกเชิงรุกนี้เป็นตัวต่อยอดในการให้เด็กที่ยังได้รับวัคซีนพื้นฐาน ไม่ครบเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพ
- ควรมีการศึกษาเพื่อคาดประมาณจำนวนเด็กกลุ่มเป้าหมายรับวัคซีนใน จังหวัดต่างๆ เพื่อที่จะได้ใช้ในการวางแผนการจัดการวัคซีนให้เพียงพอ



ต่อกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งควรรวมเด็กข้ามชาติเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในการสำรวจความครอบคลุมของการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคของประเทศไทย

- ทำงานร่วมกับประเทศต้นทางการอพยพแรงงาน เพื่อพัฒนากลไกการให้บริการวัคซีนระหว่างประเทศ โดยการ
 - รมรณรงค์ให้เด็กข้ามชาติที่อายุน้อยอยู่ในเกณฑ์รับวัคซีนเดินทางมาไทย หากมีการเดินทางมาที่ประเทศไทยในช่วงรับวัคซีนพื้นฐาน ควรมีแนวทางในการนำเข้าสู่ระบบบริการวัคซีนเด็ก
 - กลุ่มที่เกิดในไทยควรกลับประเทศต้นทางช่วงหลังขอวีซ่าเมื่อรับวัคซีนพื้นฐานครบแล้ว หากเดินทางกลับในช่วงที่ยังรับวัคซีนไม่ครบ ควรมีแนวทางประสานกับประเทศต้นทางในการรับวัคซีนต่อเนื่อง

บทที่ 7

ข้อเสนอแนะ
ต่อการศึกษาวิจัยในอนาคต



ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคต

ปัจจุบันโครงสร้างของประชากรไทยเปลี่ยนแปลงไปโดยมีเด็กเกิดใหม่น้อย ทำให้ประเทศมีศักยภาพในการผลิตประชากรวัยแรงงานได้ไม่เพียงพอ ความต้องการแรงงานข้ามชาติเข้ามาทดแทนจึงมีมากขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรมีการคาดการณ์ประชากรกลุ่มต่างๆ และความต้องการแรงงานในอนาคต รวมทั้งต้องพิจารณาการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อรองรับการเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย รวมทั้งการป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ

การที่ข้อมูลในเรื่องประชากรกลุ่มนี้มีความไม่ชัดเจน ทำให้ผู้รักษากฎหมายหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้สามารถหาผลประโยชน์โดยมิชอบจากการดำเนินงานต่างๆ ในกลุ่มประชากรนี้ได้ ดังนั้น การศึกษาวิจัยนี้ จึงไม่สิ้นสุดที่ผลการศึกษาเท่านั้น แต่จะเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมแก่ประชากรกลุ่มนี้ต่อไป จึงมีข้อเสนอแนะต่อการศึกษาวิจัยในอนาคตดังต่อไปนี้



7.1 ด้านการคาดประมาณประชากรข้ามชาติ

1. สามารถนำแนวทางการศึกษาวิจัยและกระบวนการการคาดประมาณที่ใช้ในการศึกษานี้ไปดำเนินการในพื้นที่ที่มีการใช้แรงงานข้ามชาติเข้มข้นรวมถึงจังหวัดชายแดนที่ติดต่อกับประเทศที่มีผู้อพยพแรงงานมายังประเทศไทย
2. การศึกษาเพื่อคาดประมาณประชากร ควรต้องมีข้อคำถามเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามชาติที่สำคัญๆ เช่น วัน เดือน และปีแรกที่เข้ามาประเทศไทย เดินทางมาจากเมืองใดของประเทศต้นทาง ได้ทำงาน/อาศัยอยู่ที่ใดในประเทศไทยมาก่อน ระยะเวลาเท่าไรก่อนเดินทางเข้ามาถึงจังหวัดปลายทางที่ศึกษา การได้ข้อมูลประเทศต้นทาง และเมืองที่ประชากรข้ามชาติอพยพเข้ามาประเทศไทย จะสามารถเพิ่มเติมการศึกษาในด้านต่างๆ เช่น ระบบบริการสุขภาพของเมืองต้นทาง เพื่อให้เกิดการพัฒนาความร่วมมือระหว่างเมืองและระหว่างประเทศได้ในอนาคตได้
3. การศึกษาด้านการคาดประมาณในอนาคตควรพิจารณาเรื่องอัตราการปฏิเสธการให้ข้อมูล (refusal rate) และเหตุผลของการปฏิเสธ เพื่อที่จะใช้เป็นตัวคำนวณค่าความคลาดเคลื่อนในการคาดประมาณ ในการนำตัวเลขของผู้มีบัตรไปเปรียบเทียบกับจำนวนแรงงานที่จดทะเบียน เพื่อให้ตัวเลขการคาดประมาณมีความแม่นยำมากที่สุด
4. การนำตัวเลขแรงงานจดทะเบียนมาเป็นฐานในการคำนวณ ควรเพิ่มข้อคำถามที่เกี่ยวกับการมีบัตรต่างๆ ให้มีรายละเอียดเพิ่มมากขึ้น ควรจะต้องพิจารณาปัจจัยที่อาจจะเป็นที่มาของตัวเลขนั้นด้วย เช่น แนวโน้มความต้องการแรงงานในช่วงเวลานั้น หรือนโยบายเรื่องแรงงานข้ามชาติที่เปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาหนึ่งๆ เช่น การผ่อนผันการจดทะเบียนที่ทำให้จำนวนแรงงานข้ามชาติแปรผันตามปัจจัยที่มีผลกระทบได้
5. เมื่อพิจารณาเรื่องการย้ายถิ่นแล้ว พบว่า มีการย้ายต่อเนื่องจากพื้นที่ชายแดนหรือจังหวัดอื่นเข้ามาในกรุงเทพมหานครด้วยดังนั้นการศึกษาวิจัยลักษณะนี้ในอนาคต ควรรวมถึงพลวัตของการเคลื่อนย้ายในแง่มุมต่างๆ เช่น แบบแผนของการเคลื่อนย้าย ความถี่ของการเคลื่อนย้าย เพื่อสร้างข้อเสนอแนะว่า



การสำรวจในลักษณะนี้ จะต้องสำรวจทุกๆ ปี เพื่อเป็นแนวทางในการนำ การสำรวจลักษณะนี้เข้าไปในระบบการเก็บข้อมูลปกติ

7.2 ด้านการบริการสุขภาพประชากรข้ามชาติ

1. การมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในไทยจำนวนมาก สิ่งที่ต้องพิจารณา ประกอบกันคือระบบบริการสุขภาพเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของ แรงงานในระบบต่างๆ นอกจากแรงงานแล้ว ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อหา ความชัดเจนของระบบบริการที่เหมาะสมต่อผู้ติดตามครอบครัว โดยเฉพาะ ลูกของประชากรข้ามชาติซึ่งเกิดและเติบโตขึ้นมาในประเทศไทย และ จำนวนมากเดินทางกลับประเทศต้นทางไม่ได้ ซึ่งเด็กข้ามชาติเหล่านี้อาจ เติบโตขึ้นมาเป็นแรงงานสำคัญในการพัฒนาประเทศไทยต่อไปได้
2. ควรศึกษาเชิงลึกในด้านบทบาทของชุมชนประชากรข้ามชาติในกรุงเทพ มหานคร ในฐานะชุมชนเมืองที่ประชากรข้ามชาติส่วนใหญ่ย้ายถิ่นโดยตรง มาจากประเทศต้นทาง การทำความเข้าใจกับพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ สามารถนำข้อค้นพบมาวิเคราะห์เพื่อแสวงหาแนวทางในการทำงานส่งเสริม การดูแลสุขภาพผ่านชุมชนหรือเครือข่ายของกลุ่มเป้าหมายได้
3. ปัจจุบันแรงงานมีการจดทะเบียนหลายประเภท เช่น การนำเข้าอย่างถูกต้อง ตามกฎหมาย และการพิสูจน์สัญชาติตามมาตรา 9 สำหรับแรงงานข้ามชาติ ที่มีหนังสือเดินทางอย่างถูกต้องตามกฎหมายนั้น การประกันสุขภาพจะไป อยู่ที่ไหนกองทุนประกันสังคม ในขณะที่กลุ่มผ่อนผันจดทะเบียนรายปี ตามมาตรา 13 เป็นการตรวจสุขภาพรายปีและซื้อประกันสุขภาพก่อนได้รับเอกสารการ ทำงาน นโยบายการประกันสุขภาพเหล่านี้ยังคงมีช่องว่าง ทำให้มีประชากร ข้ามชาติจำนวนมากไม่มีประกันสุขภาพใดๆ และมีปัญหาในด้านการเข้าถึง บริการสุขภาพ ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อสร้างข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ให้มีความชัดเจน



4. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชากรชายขอบ หรือกลุ่มย่อยอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยด้วย เพื่อดูสถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการ เพื่อแสวงหาบริการสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องรวมทั้งพิจารณาว่ากลุ่มใดเป็นกลุ่มเปราะบางที่ระบบสุขภาพต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ
5. การศึกษาเรื่องใบรับรองการเกิดและสูติบัตรมีความสำคัญเพื่อพัฒนาให้เด็กข้ามชาติได้รับสูติบัตรตามพระราชบัญญัติทะเบียนราษฎร พ.ศ.2551 เพื่อรับรองสถานะบุคคลมิให้กลายเป็นคนไร้รัฐของเด็กข้ามชาติในอนาคต รวมทั้งการมีข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามีเด็กข้ามชาติเกิดในประเทศไทยจำนวนเท่าไร ซึ่งจะเป็ประโยชน์ต่อการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศในอนาคต รวมทั้งใช้เป็นฐานข้อมูลที่สำคัญในการติดตามนโยบายการให้ประกันสุขภาพและการศึกษาแก่เด็กข้ามชาติในอนาคต
6. ควรมีการศึกษาด้านอนามัยแม่และเด็กที่เจาะลึกเพิ่มเติมในด้านต่างๆ ต่อไปนี้
 - คุณภาพของการฝากครรภ์ เพื่อดูว่านอกจากการได้ไปฝากครรภ์แล้ว มีการเข้าใช้บริการครบจำนวนครั้งตามที่กำหนดหรือได้รับวัคซีนบาดทะยักครบหรือไม่ เป็นต้น
 - การศึกษาความครอบคลุมของวัคซีนป้องกันวัณโรค เพื่อความแม่นยำมากยิ่งขึ้น ควรตรวจสอบรอยแผลการให้วัคซีนที่แขนด้วย
 - การโภชนาการ เพื่อศึกษาปัญหาขาดสารอาหารในเด็กข้ามชาติ

โดยสรุป ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่อการศึกษาวิจัยในระยะต่อไปจากการศึกษานำร่องนี้คือ**การวิจัยเชิงปฏิบัติการในการพัฒนาระบบการคาดประมาณ**การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ และนำไปสู่การพัฒนาบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรและเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีการศึกษาถึงผลเชิงปฏิบัติการที่ชัดเจนทั้งในด้านการเข้าถึงบริการของกลุ่มแรงงานที่มีเอกสารการจ้างงาน กลุ่มแรงงานที่ไม่มีเอกสาร กลุ่มครอบครัวและผู้ติดตามที่รวมถึงลูกของครอบครัวแรงงานข้ามชาติด้วย

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ อาจเริ่มจากประเด็นที่จำเป็เร่งด่วน เช่น การป้องกันควบคุมโรคติดต่อต่างๆ รวมทั้งเรื่องที่มีนโยบายสาธารณสุขเอื้ออำนวยแล้ว



แต่ยังขาดการดำเนินงานที่เข้าถึงกลุ่มเหล่านี้ได้ เช่น การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน โดยผลของการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการดังกล่าว ควรจะได้ต้นแบบของวิธีการดำเนินงานและแนวทางที่สามารถนำไปปรับใช้และขยายผลได้

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

ดังนั้นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพเพื่อรองรับการเคลื่อนย้ายของคนในภูมิภาคที่สื่อสารต่างภาษาและมีวัฒนธรรมที่แตกต่างกันออกไปจำนวนมากเช่นนี้ จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ประเทศไทยจึงควรให้ความสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงนี้ เพื่อแสวงหาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมที่จะให้บริการได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคในภูมิภาคได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

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 เสียงดัง (2550). รัฐไทยกับการปรับเปลี่ยนนโยบายเอดส์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

กิตติ เรืองวิไลพร (2555). การเข้าถึงบริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ จังหวัดสมุทรสาคร [PowerPoint Slides]. เอกสารประกอบการประชุมเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพของเด็กย้ายถิ่นข้ามชาติและครอบครัว วันที่ 4 กันยายน 2555 ณ ศูนย์ปฏิบัติการโรงแรมศาลายาพาวิลเลียน วิทยาลัยนานาชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล จัดโดยองค์การ Save the Children.

คณะกรรมการพัฒนากฎหมาย สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (2544). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารแรงงานข้ามชาติหลบหนีเข้าเมือง พ.ศ.2544 [Rich Text File]. เข้าถึงได้จาก www.lawreform.go.th/lawreform/images/.../c338-2G-2544-A019.rtf



เครือข่ายองค์กรด้านประชากรข้ามชาติ (MWG: Migrant Working Group) และ
ภาควิชาการ (2552). กรอบแนวคิดเชิงนโยบายด้านสิทธิแรงงานข้ามชาติ
และคนไร้รัฐในประเทศไทย : ข้อเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงาน.
กรุงเทพมหานคร.

นฤมล รัชต์โกมุท (2540). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่
ของผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่มารับบริการ ณ ศูนย์บริการสาธารณสุข
กรุงเทพมหานคร [PDF document]. เข้าถึงจาก <http://www.thaithesis.org/detail.php?id=1082540000339>

นิวัฒน์ อธิญาเกษมสุข. ผ่าตัดคลอด VS ผ่าตัดปกติ. เข้าถึงเมื่อ 17 กรกฎาคม 2555
จาก <http://www.pregnancysquare.com>.

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

สำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (2555). ผลการ
พิจารณาอนุญาตการทำงานของคนข้ามชาติ. สืบค้นจาก [http://wp.doe.](http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/7/sm05-55_0.pdf)
[go.th/sites/default/files/statistic/7/sm05-55_0.pdf](http://wp.doe.go.th/sites/default/files/statistic/7/sm05-55_0.pdf).

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

สำนักบริหารแรงงานข้ามชาติ กรมการจัดหางาน กระทรวงแรงงาน (2548). รายงานผล
การปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2547. กระทรวงแรงงาน กรุงเทพมหานคร.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2551). การสำรวจความ
ครอบคลุมของการได้รับวัคซีนพื้นฐานและวัคซีนในเด็กนักเรียน พ.ศ.2551.
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.



- สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2550). *ตำราวัคซีน และการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค 2550*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์ประสานงานโครงการกวดล้างโปลิโอและโรคหัดตามพันธะสัญญานานาชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2554). *โครงการกวดล้างโปลิโอ และหัด [PowerPoint Slides]*. เข้าถึงได้จาก www.boe.moph.go.th/files/report/20120719_15984038.ppt.
- โรชาเลีย สคอร์ตินี และ สุรีย์พร พันธุ์พีง (2552). *รายงานการย้ายถิ่นข้ามชาติในประเทศไทย ฉบับปี พ.ศ. 2552*. องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน สาขาประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.
- องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข และคณะ (2546). *สุขภาพที่ไร้ทางเลือกของผู้หญิงและเด็กชาวกัมพูชาในประเทศไทย: เอกสารสรุปข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาการดำเนินงานโครงการศึกษาหารูปแบบเพื่อเสริมสร้างความครอบคลุมของวัคซีนในกลุ่มเด็กเคลื่อนย้ายชาวกัมพูชา จังหวัดระยอง*. กรุงเทพมหานคร.
- องค์การแพธ และสำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (2549). *มิใช่เพียงภาระหน้าที่ : บันทึกประสบการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพแรงงานข้ามชาติในประเทศไทย โครงการฟ้ามิตร*. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน (IOM) และกลุ่มเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรระหว่างประเทศที่ทำงานด้านแรงงานข้ามชาติ (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 Chamratrithirong, 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>